

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Les symptômes traumatiques comme facteurs influençant la maternité précoce chez les jeunes  
femmes ayant été desservies par les centres de protection de la jeunesse

par

Madeleine Prévost-Lemire

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M. Sc .)

Maîtrise en psychoéducation

Juin 2019

© Madeleine Prévost-Lemire, 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Les symptômes traumatiques comme facteurs associés à la maternité précoce chez les jeunes  
femmes ayant été desservies par les centres de protection de la jeunesse

par

Madeleine Prévost-Lemire

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Geneviève Paquette  
Université de Sherbrooke

Directrice de la recherche

Luc Touchette  
Université de Sherbrooke

Membre du jury

Katherine Pascuzzo  
Université de Sherbrooke

Membre du jury

Mémoire accepté le 1<sup>er</sup> août 2019

## SOMMAIRE

La maternité précoce constitue un événement bifurquant du parcours normatif vers l'âge adulte, puisque l'ordre habituel des marqueurs de transition (la fin des études, l'insertion professionnelle, la mise en ménage, etc.) est bousculé par l'arrivée d'un enfant à l'adolescence ou au début de la vingtaine. Ce phénomène est en constante diminution depuis les dernières décennies, mais certains groupes, tels que les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse, se distinguent par un taux de maternité précoce beaucoup plus élevé que celui de la population générale. La maternité précoce n'est pas sans conséquence, car les jeunes mères et leurs enfants sont exposés à un ensemble de facteurs de risque, comme un faible niveau d'éducation et un risque plus élevé de victimisation. Des expériences adverses propres au parcours de vie des jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse, tels que la maltraitance subie et l'instabilité des placements, pourraient expliquer la survenue accrue de la maternité précoce chez cette population. Les symptômes traumatiques tributaires des événements adverses subis par les jeunes femmes pourraient constituer un risque supplémentaire de maternité précoce. En effet, les perturbations émotionnelles, cognitives et comportementales qu'ils entraînent peuvent rendre ces jeunes femmes plus susceptibles de s'engager dans des comportements à risque pouvant notamment mener à une maternité précoce. Les symptômes traumatiques pourraient également avoir un effet direct sur la survenue de la maternité précoce, mais une seule étude documente leur possible influence (Thompson et Neilson, 2014).

Comme il n'existe pas à ce jour de modèle explicatif de la maternité précoce chez les adolescentes issues des centres de protection de la jeunesse, un cadre conceptuel a été dégagé à

partir des connaissances des domaines de la maternité précoce et du trauma. Ce cadre conceptuel a guidé la recension des écrits, qui identifie les liens entre la maltraitance subie, l'instabilité des placements, les symptômes traumatiques et la maternité précoce chez cette population spécifique.

L'objectif établi pour ce mémoire de recherche consiste à vérifier l'association entre les symptômes traumatiques et la survenue de la maternité précoce chez les jeunes femmes provenant des centres de protection de la jeunesse, tout en considérant l'effet possible de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements. L'échantillon de la présente étude est constitué de 112 jeunes femmes ayant été placées au moment de l'adolescence dans un centre de réadaptation de la grande région montréalaise. Les données concernant l'instabilité des placements ont été tirées des dossiers administratifs des centres de protection de la jeunesse, et les jeunes femmes ont déclaré leur appartenance ethnique. À l'âge moyen de 19,5 ans, la maltraitance subie a été documentée de façon rétrospective à l'aide du *Childhood Trauma Questionnaire* et les symptômes traumatiques ont été évalués par l'entremise du *Trauma Symptoms Inventory-II*. Une relance conduite à environ 25 ans a permis d'apprendre que 54,5 % des jeunes femmes étaient devenues mères précoces (mères avant l'âge de 23 ans). Une régression logistique binaire utilisant la méthode hiérarchique a été effectuée pour évaluer le poids relatif des variables prédictives sur le risque de survenue de la maternité précoce.

Les analyses conduites ont permis d'identifier que trois dimensions des symptômes traumatiques sont significativement associées à la survenue de la maternité précoce chez les adolescentes issues des centres de protection de la jeunesse. La colère et la suicidalité diminuent le risque de maternité précoce chez ces jeunes femmes, alors que les perturbations sexuelles

l'accroissent. Les symptômes traumatiques constituent donc une des caractéristiques des jeunes femmes sur laquelle pourrait se centrer l'intervention psychosociale pour aider les jeunes femmes à faire un choix éclairé quant à leur entrée dans la maternité précoce.

Le présent mémoire dégage pour une première fois l'association entre les symptômes traumatiques et la maternité précoce tout en tenant compte de variables reconnues pour leur association à la maternité précoce, telles que l'appartenance ethnique, la maltraitance subie et l'instabilité des placements. L'étude se distingue en se centrant sur un facteur clinique et perméable à l'intervention, au contraire d'autres variables associées à la maternité précoce mais immuables, comme la maltraitance subie. Elle se différencie également par son opérationnalisation de la maternité précoce (comme une naissance jusque dans la vingtaine), qui permet de tenir compte de l'issue de la grossesse et des conséquences du parcours de vie des femmes pendant la période du jeune adulte. L'étude n'a toutefois pas tenu compte de l'effet de certains facteurs potentiellement liés à la maternité précoce, comme le moment de survenue des événements adverses ou les comportements sexuels à risque adoptés par les jeunes femmes. Les résultats obtenus suggèrent de dépister systématiquement les symptômes traumatiques dès l'arrivée des jeunes filles dans les services des centres de protection de la jeunesse, afin de proposer des interventions ajustées aux dimensions de symptômes présentées et à leur sévérité. Bien que les dimensions de la colère et de la suicidalité diminuent le risque de maternité précoce, les interventions auprès des jeunes femmes devraient tout de même bonifier leur fonctionnement général en stimulant un sentiment d'espoir et en développant leur régulation émotionnelle.

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>3</b>
1. LA MATERNITÉ PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES FEMMES ISSUES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE .....	3
1.1 Une définition développementale de la maternité précoce .....	4
1.2 L'ampleur de la maternité précoce au sein des femmes issues des centres de protection de la jeunesse .....	6
1.3 La maternité précoce comme situation à risque pour les mères et leurs enfants .....	7
1.4 Les principaux facteurs associés à la maternité précoce chez les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse.....	8
2. LA DÉFINITION ET L'AMPLEUR DE LA MALTRAITANCE SUBIE PAR LES JEUNES FEMMES ISSUES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE.....	10
3. L'INSTABILITÉ DES PLACEMENTS VÉCUS PAR LES JEUNES FEMMES RECEVANT DES SERVICES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE.....	11
4. LA DÉFINITION ET L'AMPLEUR DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES PRÉSENTÉS PAR LES JEUNES FEMMES DESSERVIES PAR LES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE.....	12
5. LE CADRE CONCEPTUEL DE LA MATERNITÉ PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES FEMMES ISSUES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE.....	14
6. LA QUESTION DE RECENSION.....	16
<b>DEUXIÈME CHAPITRE. LA RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>18</b>
1. LA MÉTHODOLOGIE DE RECENSION .....	18
2. LA SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	20
2.1 La maltraitance subie comme facteur associé à la maternité précoce.....	20
2.1.1 La maltraitance toutes formes confondues.....	21
2.1.2 La négligence .....	21
2.1.3 Les agressions sexuelles.....	22
2.1.4 Les sévices physiques .....	23
2.1.5 Les mauvais traitements psychologiques .....	23
2.2 L'instabilité des placements comme facteur associé à la survenue de la maternité précoce .....	24

2.2.1	Le nombre de placements.....	25
2.3	Les symptômes traumatiques comme facteurs associés à la maternité précoce .....	25
3.	LA CONCLUSION DE LA RECENSION ET LES LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES .....	26
3.1	La maltraitance subie, l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques comme facteurs associés à la maternité précoce.....	26
3.2	Les limites des études recensées .....	28
3.2.1	L'opérationnalisation de la maternité précoce .....	28
3.2.2	Le type de données utilisées par les études.....	30
3.2.3	Le type d'analyses conduites par les études.....	30
3.2.4	Le traitement de la maltraitance comme facteur associé à la maternité précoce .....	32
3.2.5	Le traitement de l'instabilité des placements comme facteur associé à la maternité précoce .....	33
3.2.6	Le traitement des symptômes traumatiques comme facteur associé à la maternité précoce .....	33
4.	L'OBJECTIF DE RECHERCHE ET SA PERTINENCE SCIENTIFIQUE.....	34
	<b>TROISIÈME CHAPITRE. LA MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>36</b>
1.	L'ÉTUDE ORIGINALE ET LE MÉMOIRE ACTUEL .....	36
2.	LE DEVIS .....	37
3.	LES PARTICIPANTES .....	37
4.	LES VARIABLES PRÉDICTIVES À L'ÉTUDE ET LEURS INSTRUMENTS DE MESURE .....	39
4.1	L'appartenance ethnique.....	39
4.2	La maltraitance.....	39
4.3	L'instabilité des placements.....	40
4.4	Les symptômes traumatiques.....	41
5.	LE PLAN D'ANALYSES .....	42
	<b>QUATRIÈME CHAPITRE. LES RÉSULTATS.....</b>	<b>44</b>
1.	LES STATISTIQUES DESCRIPTIVES .....	44
2.	LES ANALYSES PRÉLIMINAIRES .....	45
3.	L'ANALYSE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE BINAIRE MULTIVARIÉE .....	49
	<b>CINQUIÈME CHAPITRE. LA DISCUSSION .....</b>	<b>53</b>
1.	LE RAPPEL DE L'OBJECTIF ET DE LA PERTINENCE DE L'ÉTUDE.....	53

2.	LA DISCUSSION DES RÉSULTATS À LA LUMIÈRE DES CONNAISSANCES ACTUELLES.....	54
2.1	L'absence de lien entre la maternité précoce et l'appartenance ethnique.....	54
2.2	L'absence de lien entre la maternité précoce et l'instabilité des placements.....	56
2.3	L'absence de liens entre la maternité précoce et la maltraitance subie .....	57
2.4	Les liens significatifs entre la maternité précoce et les symptômes traumatiques.....	58
3.	LES FORCES, LES LIMITES ET LES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE.....	60
3.1	Les retombées de l'étude pour l'intervention psychosociale .....	66
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>69</b>
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>70</b>
	<b>ANNEXE A. LE PROCESSUS DE RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	<b>87</b>
	<b>ANNEXE B. LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES .....</b>	<b>90</b>
1.	LES CONCEPTS ÉTUDIÉS, LES OBJECTIFS, LES ANALYSES ET LES DEVIS DES ÉTUDES RECENSÉES .....	90
2.	LES VARIABLES DES ÉTUDES RECENSÉES.....	95
2.1	La variable prédite : La maternité précoce.....	95
2.2	Une variable prédictive : La maltraitance .....	96
2.3	Une variable prédictive : L'instabilité des placements .....	98
2.4	Une variable prédictive : Les symptômes traumatiques .....	98
2.5	Les variables de contrôle.....	99
3.	LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉCHANTILLONS DES ÉTUDES RECENSÉES.....	99
	<b>ANNEXE C. LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DES ÉTUDES RECENSÉES .</b>	<b>102</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Pourcentages de jeunes femmes, de mères et de non-mères pour l'ensemble des variables prédictrices et pour la variable prédite.....	45
Tableau 2.	Les associations entre les variables prédictives et prédites (coefficient phi).....	47
Tableau 3.	Les résultats de la régression logistique binaire multivariée.....	51
Tableau 4.	La définition des mots-clefs .....	87
Tableau 5.	Le décompte des études recensées .....	88
Tableau 6.	Les concepts étudiés, les objectifs et les analyses des études recensées.....	92
Tableau 7.	Les variables des études recensées.....	97
Tableau 8.	Les caractéristiques des échantillons des études recensées.....	100
Tableau 9.	Les objectifs et les hypothèses de chacune des études recensées. ....	102

## REMERCIEMENTS

Un mémoire de recherche est un petit univers dans lequel on plonge tout entier. Nietzsche a dit que « Tout individu collabore à l'ensemble du cosmos », et, heureusement, plusieurs personnes m'ont accompagnée dans la création de mon cosmos universitaire.

Je souhaite d'abord exprimer toute ma gratitude à ma directrice de recherche Geneviève Paquette, professeure au Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke, chez qui le concept de « soutien constant » prend tout son sens. Sa grande disponibilité, sa patience et sensibilité, de même que son plaisir évident de partager l'amour du travail bien fait ont été des outils précieux dans l'accomplissement de ce mémoire.

Je remercie la Professeure Nadine Lanctôt, professeure au Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke, pour l'accès à la banque de données utilisée pour ce mémoire et pour ses judicieux conseils. Merci aussi à Annie Lemieux qui m'a soutenue pour démêler nombre de mes questions statistiques. Le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance ne doit pas être oublié, car l'accès à leur expertise, à leurs infrastructures et à des occasions de diffuser le travail accompli a contribué à la réalisation de cette étude. Merci au Professeur Luc Touchette, dont les commentaires m'ont permis de bonifier le projet de recherche, et à la professeure Katherine Pascuzzo, qui s'est jointe au Professeur Touchette pour évaluer avec soin le mémoire final.

De grands mercis à Magalie Quintal-Marineau, notamment pour ces vendredis soir où on jase « juste assez, mais pas trop » des hauts et des bas de la vie (académique). Merci aussi à

Colombe Lemire de faire tour à tour office de soupape, de motivatrice, de compas et de confidente. Enfin, mille mercis à ma famille et aux amis qui ont supporté avec un amour indéfectible mes fréquents « J'ai pas vraiment le temps, là... ».

Finalement, j'exprime aussi mes remerciements au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, au Fonds de recherche du Québec - Société et culture, au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles, à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté et à la Chaire de recherche du Canada sur le placement et la réadaptation des adolescentes et des jeunes femmes. Le soutien financier de tous ces acteurs a grandement contribué à la réalisation de ce mémoire.

## INTRODUCTION

Donner naissance à un enfant à un jeune âge constitue un événement qui s'écarte du parcours habituel des femmes de pays industrialisés. Malgré une diminution au sein de la population générale, ce phénomène demeure bien présent chez les jeunes femmes qui ont reçu des services des centres de protection de la jeunesse au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Ces jeunes mères et leurs enfants se retrouvent confrontés à un éventail de facteurs de risque affectant leur bien-être à long terme. Le parcours de vie adverse de ces femmes, marqué par de la maltraitance subie, une instabilité dans leur trajectoire de placements et des symptômes traumatiques, les rend susceptibles de s'engager de façon précoce dans la maternité.

Ce mémoire s'attarde donc à la maternité précoce chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse en évaluant l'influence spécifique des symptômes traumatiques sur ce phénomène, en plus de l'effet de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements. La maternité précoce est d'abord définie et sa prévalence est établie auprès des jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse. Les principaux facteurs relatifs au parcours de vie de cette population spécifique et associés à la maternité précoce sont examinés et articulés en un cadre conceptuel menant à une question de recension des écrits. Au deuxième chapitre est présenté la démarche de recension, ainsi qu'une synthèse des résultats et des principales limites des connaissances de ce champ d'études, pour mener à l'établissement de l'objectif guidant la présente étude. La méthodologie de recherche adoptée est décrite au troisième chapitre et le quatrième se consacre à la présentation des résultats obtenus. Une discussion de ces résultats à la lumière des connaissances actuelles et du cadre conceptuel est proposée au cinquième

chapitre, de même que les principales forces et limites de l'étude et les recommandations qui s'en dégagent pour la recherche future et la pratique de l'intervention psychosociale.

## **PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE**

Ce premier chapitre porte sur la problématique à l'étude, soit la maternité précoce, et ce, auprès de la population particulièrement à risque que constituent les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse. Afin de mieux comprendre le phénomène de la maternité précoce, une définition et un portrait de son ampleur au sein de la population spécifique à l'étude sont proposés, et la pertinence sociale de ce sujet d'étude est établie. D'autres concepts fondamentaux à l'étude de la maternité précoce, tels que la maltraitance, l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques, sont abordés à travers leur définition et leur prévalence. Un cadre conceptuel de la maternité précoce au sein de la population des jeunes femmes ayant reçu des services en protection de la jeunesse est ensuite proposé. Enfin, une question de recherche concernant les différents concepts est posée comme base à la réalisation de la recension des écrits.

### **1. LA MATERNITÉ PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES FEMMES ISSUES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE**

Dans cette section, une définition de la maternité précoce est présentée par l'entremise d'une perspective développementale, et la prévalence du phénomène chez les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse est établie. Les conséquences de la maternité précoce pour ces femmes et leurs enfants sont discutées, et les principaux facteurs associés au phénomène sont passés en revue.

## 1.1 Une définition développementale de la maternité précoce

Une maternité est dite « précoce » lorsqu'elle survient avant ou au début de la période de l'âge adulte, mais l'âge exact auquel se réfère le terme « précoce » reste sujet à variations parmi les chercheurs et chercheuses du domaine. Dans une perspective développementale, le parcours menant de l'adolescence à l'âge adulte est généralement conçu comme une succession d'étapes, comprenant notamment la fin du cheminement scolaire, l'insertion professionnelle, le départ du foyer d'origine, la mise en ménage et, enfin, l'arrivée d'un enfant (Arnett, 2000; Shanahan, 2000). L'âge auquel les individus devraient atteindre ces marqueurs de transition de l'âge adulte reste imprécis et fluctue à travers les époques (Shanahan, 2000). Se référer au parcours de vie de la majorité permet cependant de circonscrire le caractère bifurcatif d'un événement par rapport aux normes sociétales en vigueur (Arnett, 2000). L'âge auquel la majorité des femmes ont un premier enfant est donc utile à l'identification des mères qui s'écartent de la trajectoire usuelle.

Au sein des pays industrialisés, l'âge moyen des mères à une première grossesse est en constante augmentation depuis les quarante dernières années (Hamilton, Martin, Osterman et Curtin, 2015; Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE], 2016). À titre d'exemple, en 1977, les femmes québécoises donnaient naissance à un premier enfant à l'âge moyen de 25 ans, et cet âge est aujourd'hui de 29 ans (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2018). Depuis 2011, les femmes de 40 à 44 ans donnent davantage naissance que celles âgées de 15 à 19 ans (ISQ, 2016). En effet, en 1979, 14 400 enfants québécois étaient nés d'une mère âgée de 15 à 19 ans, mais ce nombre diminue de manière constante pour atteindre 1 399 en 2016 (ISQ, 2016). Aux États-Unis, Hamilton *et al.* (2015) rapportent cette même diminution constante du taux

de naissance chez les femmes de 15 à 29 ans, et observent une augmentation chez celles âgées de 30 à 44 ans. En 2013, le taux de naissance de 26,6 pour 1000 observé chez les adolescentes américaines de 15 à 19 ans représente le taux le plus bas dans cette tranche d'âge depuis 40 ans (Garwood, Gerassi, Jonson-Reid, Plax et Drake, 2015). Ce déclin des naissances chez les adolescentes est observable pour la dernière décennie dans l'ensemble des pays industrialisés (OCDE, 2016).

Ainsi, de moins en moins de femmes s'inscrivent en rupture par rapport à la trajectoire développementale de la majorité de leurs pairs du même âge en devenant mères à l'adolescence ou au début de la vingtaine. Cette rareté du phénomène permet d'établir que la maternité précoce s'étend au-delà de la période de l'adolescence, et qu'aujourd'hui, tel que le conçoit Arnett (2000) l'arrivée d'un enfant avant la mi-vingtaine constitue un événement non normatif. La littérature scientifique produite dans les pays industrialisés établit généralement l'âge seuil supérieur d'une maternité précoce entre 18 et 20 ans (par ex. : King, 2017; Putnam-Hornstein et King, 2014; Thompson et Neilson, 2014), mais cette limite ne prend pas en considération l'aspect bifurcatif que représente l'arrivée d'un enfant avant la mi-vingtaine dans le parcours développemental des jeunes femmes. Ainsi, pour tenir compte à la fois de l'aspect non normatif de l'arrivée précoce d'un enfant et des risques particuliers auxquels sont exposées les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse lors de leur transition à l'âge adulte (Dworsky et Courtney, 2010), la présente étude considérera la naissance d'un enfant jusque dans les premières années de la vingtaine comme un événement atypique qui s'inscrit dans le phénomène de la maternité précoce.



## **1.2 L'ampleur de la maternité précoce au sein des femmes issues des centres de protection de la jeunesse**

La maternité précoce touche certaines populations spécifiques plus que d'autres, et les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de l'enfance se différencient de leurs pairs de la population générale par un taux de naissance à un jeune âge beaucoup plus élevé. Parmi un échantillon de jeunes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse du Mid-Ouest américain, 50 % des filles auront connu une grossesse (peu importe son issue) avant 19 ans, contre 20 % de leurs pairs n'ayant pas fréquenté les centres de protection (Courtney et Dworsky, 2006). Trois ans plus tard, soit à l'âge de 21 ans, c'est 70 % de ces mêmes femmes qui auront connu une grossesse, contre le tiers des femmes de l'échantillon normatif (Courtney *et al.*, 2007). Selon les résultats d'une grande étude américaine portant sur les données du National Youth in Transition Database (n = 15601), 10 % des filles ayant transité par les services de protection de l'enfance deviendront mères avant 18 ans (Shpiegel et Cascardi, 2015), mais ce pourcentage est de 3,1 % pour l'ensemble de la population. Au Québec, environ la moitié des adolescentes ayant connu un placement par les centres de protection de la jeunesse deviendront mères avant 19 ans (Goyette, 2009; Lanctôt, 2006). Les femmes transitant par les centres de protection de la jeunesse sont donc de deux à trois fois plus à risque que les femmes de la population générale de connaître une maternité avant le début de la vingtaine (Boonstra, 2011; Shaw, Barth, Svoboda et Shaik, 2010; Svoboda, Shaw, Barth et Bright, 2012).

### **1.3 La maternité précoce comme situation à risque pour les mères et leurs enfants**

La littérature au sujet de la maternité précoce met à jour un ensemble de difficultés auxquelles sont confrontées les femmes devenant mères de façon précoce, telles que des problèmes de santé mentale, des conditions socio-économiques défavorisées ou un faible niveau d'éducation (Boden, Fergusson et Horwood, 2008; Gibb, Fergusson, Horwood et Boden, 2015). Svoboda *et al.* (2012) soulignent qu'alors qu'elles constituent un des groupes les plus à risque de maternité précoce, les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse sont paradoxalement les moins bien préparées à y faire face et à vivre positivement cette maternité. Bien que certains chercheurs et chercheuses attribuent ces conséquences négatives à des conditions préalables à la conception de l'enfant (Geronimus, 2003; Hotz, McElroy et Sanders, 2005), il demeure que ces jeunes mères sont confrontées à des situations de vie précaires affectant leur bien-être à long terme, de même que celui de leurs enfants.

Ces enfants de mères précoces (issues de la population générale autant que des centres de protection de la jeunesse) se retrouvent exposés à un éventail de facteurs de risque, qui inclut monoparentalité, pauvreté, mauvais traitements et négligence (Connolly, Heifetz et Bohr, 2012; Goyette, 2009). Les caractéristiques individuelles de la mère et les circonstances familiales se combinent pour placer près de la moitié des enfants nés de mères adolescentes sur une trajectoire semée de difficultés psychosociales, telles qu'un plus haut risque de problèmes de comportement, de difficultés de santé, de décrochage scolaire et de futures périodes de chômage (Dahinten, Shapka et Willms, 2007; Jaffee, Caspi, Moffitt, Belsky et Silva, 2001; Serbin *et al.*, 2004).

La victimisation est aussi un phénomène que ces enfants sont particulièrement susceptibles de subir. Les enfants de mères adolescentes recevant des services en protection de l'enfance sont une fois et demie plus à risque d'être signalés comme étant victimes de maltraitance et ils sont près de trois fois plus à risque de connaître un placement, en comparaison aux enfants de mères adolescentes qui ne transitent pas par les services de protection de l'enfance (Dworsky, 2015). C'est aussi le cas au Québec, alors qu'environ 25 % des enfants de mères recevant des services en protection de la jeunesse connaîtront à leur tour une intervention des services sociaux (Lanctôt, 2006).

Étant donné les conséquences négatives observées chez ces jeunes mères et leurs enfants, mieux connaître les facteurs susceptibles de conduire les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse vers une maternité précoce constitue un objectif important. Ces facteurs augmentant le risque des jeunes femmes issues de centres de protection de la jeunesse de s'engager dans une maternité précoce pourraient découler de différentes expériences marquant leur parcours de vie.

#### **1.4 Les principaux facteurs associés à la maternité précoce chez les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse**

Le taux de naissance plus élevé chez les jeunes femmes recevant des services en protection de la jeunesse peut en partie s'expliquer par la présence accrue de caractéristiques associées à la maternité précoce dans la population générale. Ainsi, appartenir à un groupe ethnique minoritaire et provenir d'un milieu économique défavorisé sont des facteurs associés à davantage de naissances précoces, et les adolescentes présentant ces caractéristiques sont surreprésentées dans

les centres de protection de la jeunesse (Goyette, 2009; Hamilton *et al.*, 2015; Child Welfare Information Gateway, 2016). De plus, ces jeunes femmes sont souvent elles-mêmes issues d'une maternité précoce, un facteur de risque de la grossesse adolescente (Jaffee *et al.*, 2001). Enfin, comparativement aux adolescentes de la population générale, les adolescentes issues des centres de la protection de la jeunesse s'engagent davantage dans des conduites sexuelles à risque augmentant leur risque de concevoir (James, Montgomery, Leslie et Zhang, 2009; Leslie *et al.*, 2010).

D'autres caractéristiques associées à la maternité précoce sont cependant spécifiques aux filles transitant par les centres de protection. Elles ont notamment un parcours marqué par les mauvais traitements et la négligence (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell et Daigneault, 2011; Stock, Bell, Boyer et Connell, 1997). À titre d'exemple, Noll *et al.* (2018), rapportent que les femmes ayant subi des agressions sexuelles en enfance sont près de deux fois et demie plus à risque de connaître une maternité adolescente que celles n'en ayant pas subi, même en prenant en considération un grand nombre d'autres facteurs à l'influence potentielle. De plus, plusieurs filles recevant des services en protection de l'enfance expérimentent une grande instabilité dans leur trajectoire de placements (Esposito *et al.*, 2013), alors que l'augmentation du taux de naissance semble aller de pair avec l'augmentation du nombre de placements vécus par les adolescentes (King, Putnam-Hornstein, Cederbaum et Needell, 2014). Les filles issues des centres de protection de l'enfance connaissent ainsi un parcours marqué par l'adversité qui pourrait entraîner une détresse psychologique (Collin-Vézina *et al.*, 2011; van Vugt, Lanctôt, Paquette, Collin-Vézina et Lemieux, 2014), et les symptômes traumatiques seraient l'expression de cette détresse.

## 2. LA DÉFINITION ET L'AMPLEUR DE LA MALTRAITANCE SUBIE PAR LES JEUNES FEMMES ISSUES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2016), la maltraitance lors de l'enfance

« (...) désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitements négligents, ou d'exploitation commerciale ou autres, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires ».

Jusqu'à 60 % des adolescentes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse ont connu de la maltraitance durant l'enfance (Collin-Vézina *et al.*, 2011). Van Vugt *et al.* (2014) constatent que pour 20 à 30 % des adolescentes, la maltraitance subie peut être qualifiée de sévère à extrême. Ces expériences de maltraitance peuvent ainsi être considérées comme des événements traumatiques (American Psychiatric Association [APA], 2013) qui marquent profondément et durablement celles qui en sont victimes. En effet, les événements traumatiques subis conduisent les jeunes femmes à des difficultés sur le plan de la santé mentale, de la régulation des affects et du comportement, et nuisent au développement de relations sociales (Cook *et al.*, 2005). Par exemple, van Vugt *et al.* (2014) trouvent que les mauvais traitements psychologiques subis en enfance sont fortement associés à des manifestations de dépression et d'anxiété, et ce, jusqu'à l'âge

adulte. À cet égard, le terme « trauma » réfère autant à l'expérience d'événements adverses vécus, tels que la maltraitance, qu'à leurs conséquences sur le fonctionnement psychosocial des victimes (Cook, Blaustein, Spinazzola et van der Kolk, 2003). Chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse, la maltraitance subie se combine à l'instabilité de leur situation de vie pour affecter leur trajectoire développementale.

### 3. L'INSTABILITÉ DES PLACEMENTS VÉCUS PAR LES JEUNES FEMMES RECEVANT DES SERVICES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Le caractère stable des placements peut être « conceptualisé comme le maintien d'une continuité dans la situation de vie d'un enfant, par rapport aux adultes avec lesquels il vit » (Pecora, 2010, p. 4). Cependant, parmi les enfants américains de 0 à 17 ans placés depuis au moins 24 mois, environ 65 % avaient connu trois placements ou plus (Children's Bureau of the US Department of Health and Human Services, 2014). Vinnerljung, Sallnäs et Berlin (2017) estiment que parmi une cohorte de 136 enfants placés dans la région du sud de la Suède, environ le quart connaîtra un bris de placement entre l'âge de 12 et 18 ans. Enfin, Hébert et Lanctôt (2016) rapportent que près de la moitié de 315 filles âgées de 12 à 18 ans aura déjà connu trois placements ou plus lors de leur placement à l'adolescence dans un centre de réadaptation québécois.

Cette instabilité des placements a un impact sur l'ensemble des dimensions de la vie d'une jeune femme. Par exemple, les changements répétés de placements sont souvent associés à d'aussi fréquents changements d'établissement scolaire, perturbant ainsi le cheminement académique (Connolly *et al.*, 2012; Summersett-Ringgold, Jordan, Kisiel, Sax et McClelland, 2018). Or, un engagement continu dans un parcours académique constitue un facteur de protection de la

grossesse adolescente (Chung, Kim et Lee, 2018; Maravilla, Betts, Couto e Cruz et Alati, 2017; Shpiegel, Cascardi et Dineen, 2017). Les multiples ruptures de liens relationnels risquent aussi d'affecter la capacité des jeunes filles à créer des liens d'attachement avec les personnes significatives qui les entourent (Turcotte, 2010). Au final, les enfants connaissant des placements instables rapporteraient davantage de difficultés physiques et comportementales (Villodas, Litrownik, Newton et Davis, 2016), et ce, au-delà des problèmes de comportement antérieurs aux placements (Rubin, O'Reilly, Luan et Localio, 2007).

Ainsi, l'instabilité des placements et l'impossibilité de tisser des liens de confiance stables avec des adultes deviennent un trauma supplémentaire (Pecora, 2010), qui fait écho au trauma de la maltraitance subie et contribuent à maintenir et à exacerber les difficultés présentées par les jeunes femmes en conséquence de ces événements adverses, tels que les symptômes traumatiques.

#### 4. LA DÉFINITION ET L'AMPLEUR DES SYMPTÔMES TRAUMATIQUES PRÉSENTÉS PAR LES JEUNES FEMMES DESSERVIES PAR LES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Les symptômes traumatiques constituent une myriade de symptômes pouvant découler de la maltraitance subie dans l'enfance (Briere, 1996). Ils peuvent prendre la forme de symptômes post-traumatiques classiques tels que définis dans le trouble de stress post-traumatique (soit l'hypervigilance, l'évitement, la dissociation et la reviviscence, APA, 2013), mais apparaissent aussi sous la forme d'anxiété, de dépression, de colère et de perturbations sexuelles (Briere, 1996; Briere et Jordan, 2009; Briere et Scott, 2015). Bien que les symptômes traumatiques soient parfois associés ou confondus avec les symptômes d'un trouble de stress post-traumatique, ce diagnostic

échoue à prendre en considération le spectre large des symptômes résultant des expériences adverses (Collin-Vézina *et al.*, 2011). Ainsi, les symptômes traumatiques dépassent ceux du trouble de stress post-traumatique, en englobant plus largement une série de difficultés psychologiques.

Chez 41 % des adolescents et adolescentes desservis par les centres de protection de la jeunesse, Gallitto, Lyons, Weegar et Romano (2017) observent un niveau modéré à sévère de symptômes traumatiques. Dans un échantillon de filles de 12 à 19 ans ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse, Auslander, Sterzing, Threlfall, Gerke et Edmond (2016) rapportent que 51 % d'entre elles présentent des symptômes de stress post-traumatique au-delà du seuil clinique, et que 35 % se situent aussi au-delà du seuil clinique sur le plan des symptômes de dépression. Plus les adolescentes ont connu différentes formes de maltraitance, plus elles sont susceptibles de présenter des symptômes traumatiques (Collin-Vézina *et al.*, 2011; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et van der Kolk, 2012). De plus, les caractéristiques liées aux expériences adverses vécues semblent aussi conduire à des variations dans l'intensité des symptômes traumatiques. Par exemple, parmi un groupe de jeunes placées en centre de réadaptation, van Vugt, Lanctôt, Paquette et Lemieux (2017) rapportent que celles ayant été agressées sexuellement présentaient significativement plus de difficultés sur le plan des symptômes de stress post-traumatique, de la perturbation du soi, qui comprend notamment les symptômes dépressifs, et de l'externalisation, qui regroupe de la colère et des perturbations sexuelles, que les jeunes femmes n'ayant pas subi d'agression sexuelle. Enfin, les symptômes traumatiques présentés par les jeunes femmes issues de centres de protection de la jeunesse sont



susceptibles de perdurer jusqu'à l'âge adulte (Ayotte, Lanctôt et Tourigny, 2017; van Vugt *et al.*, 2014).

En définitive, les expériences de maltraitance subie et l'instabilité de leur situation de vie peuvent fragiliser les capacités adaptatives des jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse. Les symptômes traumatiques tributaires des événements adverses subis peuvent représenter une embûche supplémentaire, notamment parce qu'ils créent de profondes perturbations sur plusieurs facettes de la trajectoire de vie des jeunes femmes.

## 5. LE CADRE CONCEPTUEL DE LA MATERNITÉ PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES FEMMES ISSUES DES CENTRES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Il n'existe actuellement pas de modèle explicatif de la maternité précoce chez la population spécifique des jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse. Cependant, comme exposé plus haut, une grande partie de ces femmes a connu des difficultés sociales qui se répercutent sur leur santé psychologique (Collin-Vézina *et al.*, 2011; King *et al.*, 2011; van Vugt *et al.*, 2014), notamment sous la forme de symptômes traumatiques, et influencent leur risque de connaître une maternité précoce.

Les traumas et leurs conséquences, comme les symptômes traumatiques, entraînent au sein de différentes populations (par ex.: enfants, adolescents, adolescentes et adultes suivis ou non par des professionnels de la santé, suite à de la maltraitance subie), un lot de perturbations sur plusieurs facettes du fonctionnement, notamment sur les plans cognitif (Beers et De Bellis, 2002; Cook *et al.*, 2005; De Bellis, 2005; Spann *et al.*, 2012; Teicher et Samson, 2016), comportemental et

émotionnel (Darnell, Flaster, Hendricks, Kerbrat et Comtois, 2019; Naughton *et al.*, 2017; Norman *et al.*, 2012; Teicher et Samson, 2016). Comme suggéré par Spann *et al.*, ces perturbations auraient pour effet de diminuer la capacité des adolescentes à développer des stratégies adaptatives adéquates, et celles-ci seraient donc susceptibles de s'engager dans un ensemble de comportements à risque (Kerig, Ward, Vanderzee et Arnzen Moeddel, 2009; Layne *et al.*, 2014; Trickett, Noll et Putnam, 2011). Pourtant, une seule étude (Thompson et Neilson, 2014) étudie la relation des symptômes traumatiques avec la maternité précoce.

Le peu d'auteurs s'intéressant au rôle des symptômes traumatiques sur la survenue de la maternité précoce chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse avance que certains de ces symptômes pourraient être reliés à la maternité précoce, par l'entremise des stratégies adaptatives privilégiées par les femmes. Une de ces stratégies pourrait être les conduites sexuelles à risque, qui sont adoptées par les adolescentes issues des centres de protection de la jeunesse (James *et al.*, 2009; Leslie *et al.*, 2010). Comme le démontrent plusieurs études (Cavanaugh, 2013; Gonzalez-Blanks et Yates, 2015; Thompson *et al.*, 2017), présenter des symptômes traumatiques est un facteur prédicteur de comportements sexuels à risque (tels que s'engager dans des relations sexuelles non protégées) qui augmentent, par leur nature même, le risque de connaître une maternité précoce. Thompson *et al.* suggèrent que ces comportements sexuels à risque seraient une façon pour les jeunes femmes de réguler l'anxiété générée par les symptômes traumatiques. Les symptômes traumatiques auraient aussi une influence directe sur le risque de maternité précoce, comme le montrent les résultats de Thompson et Neilson (2014). Les auteurs rapportent que l'anxiété augmenterait le risque de maternité précoce, alors que la dépression le diminuerait.

En outre, les liens entre les perturbations occasionnées par les symptômes traumatiques et la survenue de la maternité précoce sont visibles à travers un corpus de littérature qualitative. Les témoignages récoltés auprès de jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse illustrent comment l'arrivée d'un enfant vient combler un vide émotionnel (Connolly *et al.*, 2012), réduit leur isolement (Aparicio, 2017), permet de se sentir respectée et d'accéder au statut d'individu autonome (Love, McIntosh, Ross et Tertzakian, 2005), et offre d'expérimenter pour la première fois une relation interpersonnelle positive ainsi que d'atteindre un sentiment d'autodétermination (Pryce et Samuels, 2010). Ces explications exposées par les femmes soulèvent l'idée qu'avoir un enfant constituerait une stratégie pour soulager les conséquences des traumatismes ayant marqué leur développement.

Au final, les expériences de maltraitance et les multiples bris de relation placent les jeunes femmes issues de centres de protection de la jeunesse à fort risque de maternité précoce. Les symptômes traumatiques, conséquence de cet historique de traumatismes, peuvent être compris comme un risque supplémentaire, notamment parce qu'ils minent la capacité des jeunes femmes à développer des stratégies adéquates pour gérer les difficultés auxquelles elles font face. S'intéresser à l'ensemble de ces facteurs pourrait permettre de mieux concevoir leur influence propre dans la survenue de la maternité précoce chez les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse.

## 6. LA QUESTION DE RECENSION

L'historique de maltraitance, l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques vécus par les filles issues des centres de protection constituent donc des variables d'intérêt pour

mieux comprendre le phénomène de la maternité précoce au sein de cette population. Il importe de consulter la documentation scientifique disponible à ce jour pour mieux connaître l'état des connaissances sur les liens entre ces variables et la maternité précoce. Conséquemment, pour cibler les études pertinentes se concentrant sur ces concepts et sur la population à l'étude dans le cadre du présent mémoire, la question de recension suivante est posée : « Quels sont les liens entre les symptômes traumatiques, les antécédents de maltraitance, l'instabilité des placements et la maternité précoce, chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse ? »

## DEUXIÈME CHAPITRE. LA RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce chapitre est présentée la recension des écrits conduite au sujet des liens entre la maternité précoce, la maltraitance subie, l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques chez les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse. La méthode de recension, les caractéristiques des études retenues et les principaux résultats sont par la suite détaillés. Enfin, une synthèse des résultats est effectuée, de même qu'une évaluation des principales limites des études. De ces constatations est tiré un objectif de recherche, et sa pertinence scientifique est discutée.

### 1. LA MÉTHODOLOGIE DE RECENSION

Dans l'optique de documenter de manière exhaustive les liens entre la maternité précoce, l'instabilité des placements, l'historique de maltraitance et les symptômes traumatiques, les banques de données *PsychInfo*, *ERIC*, *MEDLINE with full text*, *SocIndex*, *CINAHL*, *Academic Search*, *Education Source* et *Social Work Abstract* ont été consultées. Le lecteur intéressé par un compte rendu détaillé de la démarche de recension consultera le tableau 4 à l'annexe A. Dans un premier temps, des mots-clefs ont été sélectionnés et regroupés en catégorie pour chacun des concepts à explorer, incluant la population de genre féminin ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse. Comme la question de recension précédemment formulée et combinant l'ensemble des concepts à l'étude n'a conduit à aucun résultat, la démarche a été reprise en exigeant la présence d'une seule des catégories de variables associées à la maternité précoce.

Dans un deuxième temps, des critères de sélection ont été appliqués. D’abord, les études considérées devaient faire l’objet d’une thèse ou d’un article publié dans une revue scientifique, rédigé en français ou en anglais. Les études retenues devaient être parues entre 1993<sup>1</sup> et 2019 pour s’assurer que le concept de maternité précoce soit considéré dans les études recensées comme il l’est dans le cadre de ce mémoire, c’est-à-dire comme un événement qui, jusque dans les premières années de la vingtaine, s’éloigne du parcours normatif des femmes. Parmi l’ensemble des études repérées, une deuxième sélection a été effectuée selon des critères d’inclusion et d’exclusion supplémentaires appliqués à la lecture du titre, du résumé d’article, voire d’un survol de l’article lorsque nécessaire (voir le tableau 5 à l’annexe A pour un relevé du nombre d’articles inclus ou exclus). Ainsi, pour qu’une étude soit incluse dans la présente recension, l’étude devait (1) être empirique et (2) se pencher sur les liens entre la maternité précoce et les concepts de placement, de maltraitance subie ou de symptômes traumatiques. La population étudiée devait être (3) constituée exclusivement de personnes du genre féminin, ou comprendre des analyses séparées selon le genre. Ces jeunes femmes devaient (4) avoir reçu des services des centres de protection de la jeunesse, ou les analyses effectuées devaient permettre de distinguer les résultats pour celles ayant reçu ce type de services. Les femmes devaient également être (5) primipares. Enfin, l’étude devait (6) s’intéresser à une population provenant d’un pays jugé industrialisé selon le Programme des nations unies pour le développement, puisque l’âge auquel une maternité est considérée comme précoce est généralement plus bas parmi les populations des pays non industrialisés. Ce

---

<sup>1</sup> L’année 1993 a été choisie comme date limite de publication puisqu’elle marque l’amorce d’une diminution constante du taux de naissance chez les femmes québécoises de moins de 20 ans (ISQ, 2017). Cette diminution marquée a aussi été observée aux États-Unis à partir de 1991 (Hamilton *et al.*, 2015). Cette raréfaction des naissances pourrait avoir modifié le regard porté sur la maternité précoce par rapport aux études antérieures.

processus a permis de retenir d'abord dix études pour la recension des écrits du présent mémoire et trois autres ont été ajoutées à ce décompte lors d'une mise à jour de la recension en juin 2019. Les études diffèrent sur le plan des objectifs, des analyses, des devis de recherche et de l'opérationnalisation des variables. Ces caractéristiques, ainsi que celles des échantillons étudiés, sont présentées au tableau 6 de l'annexe B.

## 2. LA SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

La question principale de la présente recension visait à établir les liens entre les antécédents de maltraitance, l'instabilité des placements, les symptômes traumatiques et la maternité précoce, chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse. Les sections suivantes détaillent les résultats obtenus par les études recensées. Les résultats présentés proviennent principalement d'analyses multivariées qui incluent un ensemble de variables potentiellement associées à la maternité précoce et le contrôle de certains facteurs confondants, informant ainsi mieux sur le poids relatif de chacune des variables, au-delà de celui des variables contrôle, s'il y a lieu. Dans cette perspective, les résultats d'analyses bivariées sont présentés s'ils traitent d'une association (ou de son absence) qui n'a pas fait l'objet d'analyses multivariées.

### 2.1 La maltraitance subie comme facteur associé à la maternité précoce

Parmi les treize études recensées, dix étudient les diverses caractéristiques de la maltraitance en lien avec la maternité précoce. Une étude ne rapporte aucun lien significatif entre les variables relatives à la maltraitance et la maternité précoce (Dworsky et Courtney, 2010).

### 2.1.1 *La maltraitance toutes formes confondues*

Parmi les quatre études ayant considéré la maltraitance sans distinguer ses formes, toutes établissent qu'il s'agit d'un facteur de risque significatif (Garwood *et al.*, 2015; King 2017; Lee, 2009; Noll et Shenk, 2013). Par exemple, Garwood *et al.* montrent que les jeunes filles ayant un historique de maltraitance sont 66 % plus à risque de connaître une grossesse ou une naissance précoce que celles n'en ayant pas connu (rapport de risque [RR] = 1,66, 95 % [1,41 - 1,96]). Pour leur part, Noll et Shenk estiment que les jeunes filles ayant un historique de maltraitance sont deux fois plus à risque de connaître une grossesse ou une naissance précoce que celles n'ayant pas subi de maltraitance (rapport de cote [RC] ajusté = 2,17, 95 % [1,71 - 4,01]). Ces derniers résultats présentent un intérêt particulier, car le modèle d'analyse des auteurs incluait notamment le contrôle des variables « grande activité sexuelle » et « faible utilisation de contraception », deux conduites sexuelles à risque associées à la maternité précoce. King conclut aussi que ce risque de naissance précoce augmente lorsque la maltraitance survient plus tardivement dans le développement, puisque les filles ayant subi de la maltraitance entre 16 et 17 ans ont un taux de naissance 5 fois plus élevé que celles ayant subi de la maltraitance entre 10 et 11 ans (RR ajusté = 5,35, 95 % [5,04 - 5,67]).

### 2.1.2 *La négligence*

Selon Lee (2009), la négligence serait associée à un risque plus faible de maternité précoce que les autres types de maltraitance (RR = 0,50, intervalles de confiance non disponibles). Cependant, King (2017) trouve que subir certains types de négligence, par exemple l'absence ou l'incapacité du donneur de soins, augmente le risque de maternité précoce (RR ajusté variant



de 1,05 à 1,07, 95 % [1,00 - 1,12]), et Noll et Shenk (2013) concluent aussi à l'effet de la négligence (RC ajusté = 3,14, 95 % [1,19 - 8,33]). Les résultats de Thompson et Neilson (2014) corroborent ceux de Noll et Shenk (RC ajusté = 4,72, 95 % [1,07 - 20,94]), alors que leur modèle d'analyse incluait davantage de variables, cette fois liées à l'individu, telles que les symptômes traumatiques et les cognitions. Cependant, Noll *et al.* (2018) trouvent que la négligence perd son influence significative sur la maternité précoce lorsque des facteurs contextuels (comme avoir une sœur mère à l'adolescence et des parents approuvant les activités sexuelles) sont pris en considération dans les analyses.

Certaines études ont utilisé à titre de variable la négligence comme motif de placement, et non la négligence subie au cours de l'histoire de vie et extraite des données administratives des centres de protection de la jeunesse. À la suite d'analyses bivariées, Putnam-Hornstein et King (2014) notent que le taux de naissance avant 18 ans chez les filles placées pour un motif de négligence (12,6 %) est significativement plus élevé que pour celles placées pour des sévices physiques (8,3 %) ou des agressions sexuelles (9,5 %). Cependant, cette différence n'est plus observable dans le cas des taux de naissance avant 20 ans. King et van Wert (2017) concluent aussi qu'en tant que motif de placement, la négligence est associée à un risque de maternité précoce plus important que les mauvais traitements psychologiques (RR ajusté variant de 1,21 à 1,22, 95 % [1,09 - 1,35], selon le type de négligence considéré).

### 2.1.3 Les agressions sexuelles

La majorité des études recensées traitant de l'agression sexuelle ne trouvent pas d'effet de cette forme de maltraitance sur la maternité précoce (Thompson et Neilson, 2014; Dworsky et

Courtney, 2010; King et van Wert 2017; Lee, 2009). Cependant, King (2017) obtient par des analyses multivariées un effet significatif des agressions sexuelles sur le risque de naissance avant 20 ans (RR ajusté = 1,05, 95 % [1 - 1,10]) de même que Noll et Shenk (2013) et Noll *et al.* (2018), qui trouvent un fort effet significatif de cette forme de maltraitance sur la maternité avant 19 ans (RC respectivement de 2,74, 95 % [1,31 - 5,73] et 2,45, 95 % [1,35 - 4,29]) en contrôlant notamment pour le niveau d'activité sexuelle.

#### 2.1.4 *Les sévices physiques*

Thompson et Neilson (2014), ainsi que Noll et Shenk (2013) et Noll *et al.* (2018), ne trouvent pas d'effet des sévices physiques, à l'instar de King et van Wert (2017) qui précisent qu'en tant que motif de placement, cette forme de maltraitance n'est pas significativement associée à la maternité précoce. Par contre, King et van Wert et King (2017) notent un effet significatif quoique modeste d'un historique de sévices physiques subis sur la maternité précoce (RR ajusté variant de 1,08 à 1,13, 95 % [1,01 - 1,18]).

#### 2.1.5 *Les mauvais traitements psychologiques*

Par des analyses bivariées, King et van Wert (2017) trouvent une association significative entre les mauvais traitements psychologiques et la maternité précoce, mais Thompson et Neilson (2014) n'en trouvent pas. Les deux études ne poursuivent pas l'exploration de cette variable par des analyses multivariées. En revanche, King (2017) conclut que les mauvais traitements psychologiques diminuent significativement le risque de maternité précoce (RR ajusté = 0,82, 95 % [0,78 - 0,86]), tout en contrôlant pour la présence ou l'absence de placement.

## **2.2 L'instabilité des placements comme facteur associé à la survenue de la maternité précoce**

Certaines des études recensées se sont intéressées à des caractéristiques telles que le type de placements ou l'âge de l'adolescente au moment du placement. Bien qu'informatifs de l'expérience des adolescentes, ces facteurs ne renseignent pas sur le caractère stable ou instable des placements vécus. Ainsi, seuls les résultats liés à l'instabilité sous la forme de la présence d'un placement et de leur nombre seront ici présentés.

Sur l'ensemble des études recensées, certaines considèrent le placement comme une variable dichotomique de type présence/absence (Doyle, 2007; Dworsky et Courtney, 2010; Garwood *et al.*, 2015) et d'autres comparent, parmi un échantillon de filles ayant reçu des services des centres de protection de la jeunesse, celles ayant reçu des services à la maison et celles ayant été placées (Font, Cancian et Berger, 2019; King, 2017; Lee, 2009; Vinnerljung, Franzén et Danielsson, 2007). Après des analyses multivariées, Lee ne rapporte pas de différence significative entre les deux groupes, mais Doyle observe que le taux de naissance chez les jeunes femmes ayant connu un placement est jusqu'à deux fois plus élevé que chez celles n'en ayant pas connu. King, Vinnerljung *et al.* et Font *et al.* montrent aussi que les filles ayant connu un placement ont jusqu'à deux fois et demie plus de risque de connaître une maternité précoce que celles n'ayant pas été placées, tout en contrôlant des variables associées à la maltraitance ou aux conditions économiques (RR ou RC ajustés variant de 1,10 à 2,5, 95 % [1,06 – intervalle de confiance supérieur non disponible]).

### 2.2.1 *Le nombre de placements*

Par l'entremise d'analyses bivariées, Putnam-Hornstein et King (2014) trouvent un taux de naissance significativement plus élevé chez les adolescentes ayant expérimenté quatre placements et plus par rapport à celles en ayant connu trois ou moins (risque relatif [RRf] = 1,28, 95 % [1,21 - 1,35] ou 1,40, 95 % [1,27 - 1,55], selon l'âge seuil de 18 ou de 20 ans). L'étude de Lee (2009) rapporte, par l'entremise d'analyses multivariées, le plus grand risque de maternité précoce chez les adolescentes ayant vécu quatre placements (RR = 2,37, intervalles de confiance non disponibles). Font *et al.* (2019) précisent que chaque placement additionnel augmente de 4 % le risque d'une maternité précoce survenant après que les jeunes femmes aient quitté les centres de protection de la jeunesse. Enfin, trois études ne trouvent pas d'association significative entre le nombre de placements et la maternité précoce lorsque davantage de variables sont contrôlées, telles que l'appartenance ethnique ou la maltraitance subie (Dworsky et Courtney, 2010; King et Van Wert, 2017; Shpiegel *et al.*, 2017).

## 2.3 **Les symptômes traumatiques comme facteurs associés à la maternité précoce**

Seule l'étude de Thompson et Neilson (2014) s'est intéressée à la relation entre les symptômes traumatiques et la maternité jusqu'à 20 ans inclusivement chez les jeunes femmes ayant reçu des services des centres de protection de l'enfance. Les auteurs concluent que les scores obtenus sur l'échelle mesurant l'anxiété prédisent positivement et significativement la maternité précoce (RC ajusté = 1,24, 95 % [1,04 - 1,48]). La dimension de la dépression diminuerait les risques de maternité précoce (RC ajusté = 0,82, 95 % [0,69 - 0,98]), probablement, selon les auteurs, parce qu'elle entraînerait une baisse des activités sexuelles. Cependant, les analyses

effectuées n'ont pas pris en considération un problème de multicollinéarité entre les dimensions de symptômes traumatiques étudiées, ce qui pourrait diminuer la fiabilité des résultats obtenus. Les quatre autres échelles de symptômes traumatiques (colère, dissociation, perturbations sexuelles, stress post-traumatique) ne ressortent pas comme étant significatives en regard du risque de maternité précoce, bien que la dimension du stress post-traumatique soit significativement associée à la maternité précoce sur un plan bivarié (RC ajusté = 1,09, 95 % [1,02 - 1,17]).

### 3. LA CONCLUSION DE LA RECENSION ET LES LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

Cette section fait une synthèse des résultats à retenir et présente les principales limites des études recensées.

#### 3.1 La maltraitance subie, l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques comme facteurs associés à la maternité précoce

Les résultats d'analyses multivariées provenant des études recensées permettent de comprendre partiellement les liens entre la maltraitance subie, l'instabilité des placements, les symptômes traumatiques et la maternité précoce, puisqu'aucune étude n'a traité de cet ensemble de variables conjointement. En premier lieu, la maltraitance subie, tous types confondus, semble tenir un rôle important, puisque les quatre études s'y étant intéressées confirment qu'elle augmente significativement le risque de survenue d'une maternité précoce. Sur le plan des différentes formes de maltraitance, les études ayant contrôlé davantage de variables, comme les symptômes traumatiques ou une grande activité sexuelle, concluent à l'effet significatif de la négligence, qui

pourrait augmenter de trois à quatre fois le risque de maternité précoce (Noll et Shenk, 2013; Thompson et Neilson, 2014). Les résultats ne convergent toutefois pas sur le plan des agressions sexuelles et des sévices physiques, alors que, pour ces formes respectives, trois études (King, 2017; Noll et Shenk, 2013; Noll *et al.*, 2018) sur sept et deux études (King et Van Wert, 2017; King, 2017) sur quatre trouvent des associations significatives avec la maternité précoce. Sur le plan des mauvais traitements psychologiques, la seule étude ayant conduit des analyses multivariées conclut que ce type de maltraitance diminuerait de près de 20 % le risque de maternité précoce (King, 2017).

En deuxième lieu, connaître un placement, en comparaison à ne pas en avoir connu, augmente de 1,5 à 5 fois le risque de maternité précoce (Doyle, 2007; King, 2017; Vinnerljung *et al.*, 2007). L'étude de Lee (2009) rapporte que connaître quatre placements ou plus augmente le risque de maternité précoce, et celle de Font *et al.* (2019) que le nombre de placements prédit la maternité précoce survenant après un passage en centre de protection de la jeunesse. Cependant, le facteur du nombre de placements perd son effet significatif lorsque davantage de variables sont contrôlées (Dworsky et Courtney, 2010; King et Van Wert, 2017; Shpiegel *et al.*, 2017).

En dernier lieu, sur le plan des symptômes traumatiques, l'anxiété pourrait augmenter de 24 % le risque de maternité avant 18 ans. À l'opposé, la dépression le diminuerait de près de 20 % (Thompson et Neilson, 2014). Les échelles liées à la colère, aux perturbations sexuelles, au stress post-traumatique et à la dissociation ne sont pas significativement associées à la maternité précoce.

## 3.2 Les limites des études recensées

Des limites méthodologiques inhérentes aux études laissent subsister des questions sur les relations entretenues entre les variables d'intérêt de cette recension des écrits. Les limites méthodologiques majeures des études recensées seront ici discutées.

### 3.2.1 *L'opérationnalisation de la maternité précoce*

Il est important de rappeler que le processus de recension n'a pas permis l'identification d'une étude qui aurait mis en relation toutes les variables d'intérêt, soit la maltraitance, les caractéristiques des placements et les symptômes traumatiques, avec la maternité précoce. En revanche, les résultats des études recensées permettent de dégager que chacune des variables influence le risque maternité précoce, même si une grande diversité existe dans la manière dont les études traitent la variable de la maternité précoce (pour les définitions utilisées par les études, le lecteur peut se référer au tableau 7 de l'annexe B). Par exemple, l'étude de Dworsky et Courtney (2010) est la seule à opérationnaliser la maternité uniquement comme une grossesse avant 18 ans (et non comme une naissance), et elle est également la seule à ne trouver aucun effet de la maltraitance sur la maternité précoce. Une autre étude, soit celle de Garwood *et al.* (2015), utilise également l'âge seuil de 18 ans, mais tient compte des naissances avant cet âge (même si dans certains cas, seule l'information liée à la grossesse était disponible). Ces derniers auteurs trouvent une augmentation de 66 % du risque de maternité précoce chez les filles ayant connu de la maltraitance. Conceptualiser la maternité uniquement comme une grossesse ne tient pas compte des différences entre les filles qui choisissent d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse. Utiliser une définition de la maternité qui inclut une naissance et non seulement une grossesse

serait plus utile pour comprendre les liens entre les différentes variables et la survenue de la maternité précoce. Cette hypothèse est d'ailleurs soutenue par les résultats de Noll *et al.* (2018), qui montrent que l'influence respective de diverses variables prédictives se modifie selon que les analyses considèrent comme variable prédite la grossesse ou la naissance.

Par ailleurs, l'âge déterminant la précocité de la maternité varie de 18 à 20 ans dans les études recensées. Si une variation de deux ans peut sembler minime, les résultats de Putnam-Hornstein et King (2014) indiquent que le choix de l'âge seuil peut avoir des impacts sur les facteurs associés à la maternité. Par exemple, en analysant le taux de naissance, les auteurs trouvent une association significative de la maltraitance subie avec la maternité précoce chez les adolescentes ayant donné naissance avant l'âge de 18 ans, mais cette association perd son aspect significatif chez les jeunes femmes ayant donné naissance avant 20 ans. Il en va de même pour la durée et le nombre de placements, alors que l'ampleur du risque associé à la maternité précoce diminue entre 18 et 20 ans. Il est possible que la période développementale plaçant les jeunes femmes à risque de maternité précoce ne se termine pas à l'âge de la majorité. De plus, les variables associées significativement à la maternité précoce peuvent changer au cours de la période développementale couvrant la fin de l'adolescence et l'émergence de l'âge adulte. Par exemple, des variables reliées à l'histoire de maltraitance ou de placements pourraient perdre leur pouvoir prédictif au profit d'autres variables plus proximales à l'étape de développement de la jeune adulte. Considérer un âge plus élevé comme seuil de la maternité précoce pourrait permettre de prendre en considération le lien entre la maternité précoce et des variables associées au tournant de l'âge adulte.



### 3.2.2 *Le type de données utilisées par les études*

La majorité des études se basent exclusivement sur des données administratives provenant des centres de protection de la jeunesse. Ce type de données a l'avantage de permettre l'analyse d'échantillons de grande taille, mais les informations colligées par les administrations restent restreintes, en se limitant par exemple à la forme de maltraitance ayant motivé le placement ou aux caractéristiques du dernier placement connu. Comme le soulignent Garwood *et al.* (2015), les données administratives ne renseignent pas sur certains facteurs caractérisant les jeunes filles, comme les problèmes de santé mentale ou les comportements à risque. Ces difficultés qui nécessitent d'être documentées par des données cliniques restent absentes du portrait de ces jeunes femmes, et celui-ci reste incomplet. Or, des facteurs d'ordre clinique, comme les symptômes traumatiques, entraînent des conséquences importantes sur le fonctionnement des jeunes femmes, les rendent susceptibles d'adopter des comportements à risque (Cook *et al.*, 2005; Kerig *et al.*, 2009; Layne *et al.*, 2014), et constituent des difficultés perdurant à travers leur parcours de vie (van Vugt *et al.*, 2014). L'utilisation dans les recherches des données cliniques, telles que celles sur les symptômes traumatiques présents, informerait mieux des difficultés persistantes auxquelles font face les jeunes femmes et permettrait de mieux comprendre la survenue de la maternité précoce parmi cette population.

### 3.2.3 *Le type d'analyses conduites par les études*

Parmi les treize études recensées, les analyses bivariées produites par Putnam-Hornstein et King (2014) informent sur des variables associées à la maternité précoce chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse, mais ne donnent pas d'indication sur l'influence

relative de chacune d'entre elles. Des analyses de type multivarié sont plus à même de dégager le poids relatif d'une variable étudiée par rapport à l'ensemble des variables prises en considération, incluant les variables de contrôle. Cette stratégie permet de mieux comprendre comment l'ensemble des variables s'articule pour influencer la maternité précoce. Cependant, même parmi les études ayant conduit des analyses multivariées, cette influence relative des variables n'est pas nécessairement mise en évidence. Ainsi, certaines études considèrent l'influence de variables de contrôle, mais plutôt pour exclure leur influence sur les variables d'intérêt que pour vérifier leur effet propre. C'est le cas, par exemple de l'étude de Vinnerljung *et al.* (2007) qui contrôle notamment le milieu socio-économique et le fait que la participante soit elle-même issue d'une maternité précoce, mais qui ne rend pas compte de l'influence propre de ces deux variables. Pourtant, certaines de ces variables utilisées à titre de contrôle, comme l'ethnicité ou les conditions économiques dans lesquelles vivent les jeunes femmes, sont des facteurs associés au risque de maternité précoce dans la population générale et encore plus dans la population spécifique des jeunes femmes issues des centres de protection de l'enfance (Hamilton *et al.*, 2015; Harding, 2003; Kearney et Levine, 2012). De plus, seulement certaines études ont contrôlé ces paramètres lors de leurs analyses (par exemple, sur le plan des conditions socio-économiques, Garwood *et al.*, 2015; Thompson et Neilson, 2014; Vinnerljung *et al.*, 2007). Laisser de côté ces variables connues comme associées au phénomène de la maternité précoce en général, ou ne pas rendre compte de leur influence propre, diminue la compréhension de leur effet sur la maternité précoce chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse.

### 3.2.4 *Le traitement de la maltraitance comme facteur associé à la maternité précoce*

Certaines des études recensées considèrent la maltraitance comme une variable globale (avoir subi ou non de la maltraitance, peu importe la forme) alors que d'autres la traitent comme une variable se déclinant en différents types, dont chacun ou seulement certains sont pris en considération. En conceptualisant la maltraitance comme un tout homogène, il est possible que les effets d'une certaine forme de maltraitance plutôt qu'une autre ne soient pas détectés. Par exemple, en étudiant l'influence de différents types de maltraitance, King et van Wert (2017) précisent que les sévices physiques, mais pas les agressions sexuelles, augmentent le risque de maternité précoce. Considérant le rôle prédominant de la négligence et les résultats mixtes à propos de l'influence des agressions sexuelles et des sévices physiques sur la survenue de la maternité précoce, il importe de poursuivre l'étude de l'effet des formes spécifiques de maltraitance sur ce phénomène.

Par ailleurs, les centres de protection de la jeunesse ne consignent généralement au dossier que la forme de maltraitance ayant motivé la prise en charge de la situation. Considérer la forme de maltraitance inscrite au dossier ne permet pas de prendre en compte les autres formes de maltraitance qu'auraient antérieurement subies les jeunes femmes. À l'opposé, se baser sur la maltraitance autorapportée permet de prendre en considération les situations de maltraitance qui n'auraient pas été rapportées aux autorités (Everson *et al.*, 2008; Shenk, Noll, Peugh, Griffin et Bensman, 2016), et une seule des études recensées privilégie cette forme de collecte de données (Dworsky et Courtney, 2010). Cette approche paraît d'autant plus prometteuse que les associations entre la maltraitance et ses diverses conséquences psychologiques sont légèrement plus fortes

lorsque des données autorapportées sont considérées, en comparaison aux données consignées par les centres de protection de la jeunesse (Mills, Kisely, Alati, Strathearn et Najman, 2016). Par ailleurs, conceptualiser la forme de maltraitance comme un motif de placement ne permet pas de discerner si l'effet observé est attribuable uniquement à la forme de maltraitance subie ou au placement, voire à la combinaison de ces deux variables. Ainsi, pour prendre en considération un portrait complet de la maltraitance subie par les jeunes femmes, il paraît optimal de se baser sur la maltraitance autorapportée.

### *3.2.5 Le traitement de l'instabilité des placements comme facteur associé à la maternité précoce*

Plusieurs des études recensées distinguent si les adolescentes ont été ou non placées, mais les indicateurs caractérisant l'instabilité de cette situation, tels que le nombre de placements connus, ne sont pas systématiquement considérés. Pourtant, une instabilité dans les placements vécus peut constituer autant de bris de relation qui influenceraient la maternité précoce chez les jeunes femmes (Svoboda *et al.*, 2012). En effet, un nombre élevé de placements semble associé à un plus grand risque de maternité précoce (Font *at al.*, 2019; Lee, 2009; Putnam-Hornstein et King, 2014). En examinant les variables qui informent plus largement sur l'expérience de placements, telles que le nombre de placements, il serait possible de mieux saisir l'ampleur de l'instabilité vécue et de la mettre en relation avec la maternité précoce.

### *3.2.6 Le traitement des symptômes traumatiques comme facteur associé à la maternité précoce*

Une seule étude (Thompson et Neilson, 2014) a établi que les symptômes traumatiques, au-delà des autres expériences adverses telles que les expériences de maltraitance, pourraient avoir

une influence sur la survenue de la maternité précoce lorsqu'elle est étudiée jusqu'à l'âge de 20 ans inclusivement. Pourtant, l'influence des symptômes traumatiques, un élément qui perdure à travers le développement des jeunes femmes, pourrait prendre plus d'importance lorsque l'âge seuil considéré pour établir la précocité de la maternité est plus élevé, alors que les femmes sont peut-être moins soumises aux facteurs de risque provenant de leurs expériences antérieures plus distales. De plus, Thompson et Neilson n'ont considéré que certaines des dimensions de symptômes traumatiques, et ce, sans tenir compte des problèmes de multicollinéarité entre elles. Analyser l'importance propre de davantage de dimensions des symptômes traumatiques permettrait de tenir compte de facteurs cliniques qui pourraient expliquer en partie la survenue de la maternité précoce.

Enfin, combiner en une seule analyse les variables liées aux symptômes traumatiques à d'autres variables identifiées par la littérature comme influençant la maternité précoce, telles que la maltraitance ou l'instabilité des placements, préciserait le rôle que joue chacune d'entre elles par rapport aux autres. Cette stratégie identifierait celles qui entretiennent une relation prépondérante avec la maternité au tournant de l'âge adulte.

#### 4. L'OBJECTIF DE RECHERCHE ET SA PERTINENCE SCIENTIFIQUE

Les résultats de la recension, les limites du champ de recherche et le corpus de connaissances actuel conduisent à établir l'objectif de recherche suivant : Évaluer le poids relatif des symptômes traumatiques sur la survenue de la maternité précoce, et ce, en tenant compte des effets possibles de l'appartenance ethnique, de l'instabilité des placements et des différentes formes de maltraitance subies. L'étude permet, à l'instar de celles recensées, d'identifier les liens

entretenus par la maltraitance, l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques avec la maternité précoce, mais elle est la première à tenir compte simultanément de ces trois facteurs. Son opérationnalisation de la maternité précoce comme le fait de donner naissance offre l'opportunité de considérer l'issue de la grossesse. De plus, en s'appuyant sur une perspective selon laquelle, comme le conçoit Arnett (2000), la précocité de la maternité peut s'étendre jusqu'à la première moitié de la vingtaine, l'étude innove en observant ce phénomène lors de la période développementale du tournant de l'âge adulte.

Sur le plan des variables prédictives étudiées, l'étude tient compte de la maltraitance autorapportée par les participantes dans plusieurs de ses différentes formes (soit les sévices physiques, les agressions sexuelles, les mauvais traitements psychologiques, la négligence physique et la négligence émotionnelle), pour en différencier leur influence respective. L'étude prend également en considération un indicateur lié au nombre de placements vécus pour rendre compte de l'instabilité vécue par les jeunes femmes. De plus, puisque les symptômes traumatiques peuvent être compris comme une conséquence possible de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements, la centration de l'étude sur le poids relatif des symptômes traumatiques permet de cerner avec plus de précision l'influence de ce facteur clinique dans la relation avec la maternité. Enfin, le contrôle de l'appartenance ethnique des jeunes femmes offre la possibilité de mieux saisir l'influence propre de cette caractéristique dans sa relation avec la maternité précoce.

### TROISIÈME CHAPITRE. LA MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre présente l'étude dans laquelle s'insère ce projet de recherche ainsi que d'où seront tirées les données pertinentes à l'étude. Le devis de recherche prévu et les caractéristiques des participantes de l'échantillon sont décrits. Les instruments de mesure et les stratégies d'analyses statistiques sont également détaillés en lien avec l'objectif du présent mémoire qui vise à déterminer l'influence relative des symptômes traumatiques dans la survenue de la maternité précoce chez les jeunes femmes desservies par les centres de protection de la jeunesse, tout en tenant compte de l'effet de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements.

#### 1. L'ÉTUDE ORIGINALE ET LE MÉMOIRE ACTUEL

Ce mémoire s'insère dans un projet plus large dirigé par Geneviève Paquette et Nadine Lanctôt, toutes deux professeures au Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke et Amélie Couvrette, professeure au Département de psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais. Financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (2017-2020), ce projet s'intitule : *La maternité précoce chez les adolescentes placées en centre de protection de l'enfance : profils de difficultés et besoins de ces jeunes mères*. Cette recherche menée par Paquette *et al.* prévoit l'utilisation secondaire des données tirées d'une étude longitudinale de Lanctôt (2008-2011 ; 2012-2015) s'intéressant à des adolescentes québécoises ayant connu un placement dans le cadre des services prodigués par les centres de protection de la jeunesse de la grande région de Montréal. Cette étude regroupe une série de mesures

autorapportées et de données rétrospectives qui informent, entre autres, de la maltraitance subie, de l'historique de placement, des symptômes traumatiques et d'éléments relatifs à la maternité précoce. Le mémoire utilise de manière secondaire les données collectées majoritairement (sauf pour l'âge de la maternité et le nombre de placements vécus) au temps six de l'étude de Lanctôt ( $n = 112$ ; 2008-2011 ; 2012-2015). L'étude de Paquette *et al.* a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke, et les mêmes exigences relatives à la confidentialité des données et à l'anonymat des participantes ont été respectées dans le cadre de ce mémoire de recherche.

## 2. LE DEVIS

Un devis quantitatif de type corrélationnel prédictif (Fortin et Gagnon, 2016) est choisi pour répondre à l'objectif de recherche. Ce devis est de nature prospective, puisque les données concernant les variables prédictives (comme l'instabilité des placements et les symptômes traumatiques) ont été collectées quelques années avant celles concernant la maternité précoce. Les données concernant la maltraitance subie en enfance font exception, puisqu'elles sont de nature rétrospective.

## 3. LES PARTICIPANTES

De janvier 2008 à octobre 2009, toutes les adolescentes admises en placement dans l'une des 18 unités des Centres Jeunesse de Montréal et de Laval ont été invitées à participer à l'étude de Lanctôt (2008-2011 ; 2012-2015). Des 373 adolescentes admissibles à participer, 33 ont refusé de le faire. D'autres n'ont pu participer à cause de difficultés logistiques comme des conflits



d'horaire ( $n = 16$ ), ou d'une trop grande vulnérabilité sur le plan de leur santé mentale ( $n = 5$ ). Le taux de non-participation est donc de 14,5 %, et des analyses comparatives pour déterminer si les adolescentes n'ayant pas participé se distinguaient de celles ayant pris part à l'étude n'ont pu être conduites. Les participantes de l'étude avaient en moyenne 15,4 ans ( $\text{é. t.} = 1,39$ ) lors du premier temps de mesure, et leur placement a duré un minimum de trois mois et en moyenne six mois. Les données quant à l'instabilité des placements ont été collectées à ce même temps de mesure auprès des centres de protection de la jeunesse. Au temps six de l'étude (âge moyen = 19,5 ans;  $\text{é. t.} = 1,44$ ), les jeunes femmes ont rempli une série de questionnaires documentant leur historique de maltraitance, leurs symptômes traumatiques et leur parcours scolaire. La plus récente relance, conduite lors de l'été 2018 (âge moyen = 25,0 ans;  $\text{é. t.} = 1,41$ ), a permis de dépister systématiquement les femmes ayant connu une maternité précoce. Des 134 participantes au temps six de l'étude, 20 n'ont pu être retracées, une était décédée et une autre a refusé de participer, conduisant donc l'échantillon de la présente étude à 112 jeunes femmes. Le taux d'attrition est de 16,4 %, et des analyses comparant les participantes à celles n'ayant pas pris part à l'étude n'ont pas été conduites. Étant donné le caractère bifurcatif de l'arrivée d'un enfant avant la mi-vingtaine (Arnett, 2000), les participantes ayant donné naissance à un enfant avant leur 23<sup>e</sup> anniversaire sont considérées par cette étude comme ayant connu une maternité précoce. Parmi l'ensemble des 112 participantes, 54,5 % (61 participantes) étaient devenues mères précocement (avant 23 ans).

## 4. LES VARIABLES PRÉDICTIVES À L'ÉTUDE ET LEURS INSTRUMENTS DE MESURE

### 4.1 L'appartenance ethnique

Cette étude utilise l'appartenance ethnique déclarée par les participantes au sixième temps de mesure. La variable est dichotomisée : caucasienne versus autre origine ethnique.

### 4.2 La maltraitance

Pour documenter l'historique de maltraitance subie par les participantes, la version courte du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ, Bernstein *et al.*, 2003) a été utilisée en version française. Cet outil est composé de 28 items qui mesurent rétrospectivement cinq formes de maltraitance subie durant l'enfance (incluant l'adolescence), soit les mauvais traitements psychologiques, les sévices physiques, les agressions sexuelles, la négligence physique et la négligence émotionnelle. Une échelle de fréquence en cinq points allant de « Jamais vrai » à « Très souvent vrai » est utilisée pour répondre aux différents items de l'instrument. Plus le score est élevé, plus la sévérité de la forme de maltraitance considérée l'est également, et les expériences de maltraitance peuvent être catégorisées en « Nulle à minimale », « Faible à modérée », « Modérée à sévère » ou « Sévère à extrême ».

La validité de construit et la structure factorielle du CTQ sont confirmées par différentes études (Bernstein *et al.*, 1994; Wright, Asmundson, McCreary, Scher, Ami, Stein, 2001; Scher, Stein, Asmundson, McCreary et Forde, 2001), et ses coefficients de fidélité test-retest sont considérés comme étant de bons à excellents, en variant de 0,80 à 0,88 selon les échelles (Bernstein

*et al.*, 1994). La version française et courte du CTQ (Paquette, Laporte, Bigras et Zoccolillo, 2004) a un excellent indice de stabilité temporelle (0,76 à 0,96). Pour les différentes échelles du CTQ, les alphas de Cronbach calculés pour l'échantillon ici étudié varient de 0,68 à 0,94.

Les cinq formes de maltraitance sont considérées individuellement dans cette étude. Puisque les données relatives aux formes de maltraitance présentent généralement une distribution asymétrique positive (indicateur d'asymétrie variant de 0,26 à 1,45 selon les formes de maltraitance) et généralement platykurtique (kurtosis variant de -1,00 à 1,03), une dichotomisation de la variable est effectuée en départageant les jeunes femmes ayant subi de la maltraitance de celles n'en ayant pas subi, ou en ayant subi de façon minimale.

### **4.3 L'instabilité des placements**

Les données concernant l'instabilité des placements ont été extraites des dossiers administratifs des centres de protection de la jeunesse. Pour mesurer l'instabilité des placements vécus par les participantes, le nombre de placements de plus de 72 heures, depuis leur tout premier placement jusqu'au placement associé au premier temps de mesure de l'étude de Lancôt, est pris en compte. La distribution des données présente une asymétrie positive (où les participantes rapportent en moins grand nombre plus de 4 placements; indicateur d'asymétrie = 1,59). Devant cette asymétrie, et puisque les résultats de Lee (2009) et Putnam-Hornstein et King (2014) établissent que connaître quatre placements et plus est une situation associée à un taux de naissance plus élevé et un plus grand risque de maternité précoce, cette variable est dichotomisée en catégories de trois placements et moins versus quatre et plus.

#### 4.4 Les symptômes traumatiques

Les symptômes présentés par les jeunes femmes et pris en considération dans ce mémoire ont été collectés au sixième temps de mesure en utilisant la version française du *Trauma Symptom Inventory-II* (TSI-II, Briere, 2011). Cet outil de mesure permet de déterminer les symptômes liés à des problématiques potentiellement traumatiques, dont la maltraitance. Il comprend deux échelles de validité, quatre échelles de facteurs, douze échelles cliniques (entre une et quatre échelles cliniques par facteur) et douze sous-échelles (dans le cas de six échelles cliniques). Le TSI-II présente une bonne validité prédictive (Edens, Otto et Dwyer, 1998), une bonne fidélité test-retest ( $r$  de Pearson variant de 0,76 à 0,96) (Briere, 2011) et une forte validité convergente et discriminante (McDevitt-Murphy, Weathers et Adkins, 2005).

Les participantes ont répondu aux 136 items du TSI-II par une échelle de Likert en 4 points, dont les réponses vont de « Jamais » à « Souvent », permettant l'obtention d'un score brut pour chaque échelle, pouvant ensuite être transformé en score T. Un score T entre 60 et 64 révèle un niveau sous-clinique de symptômes traumatiques et le seuil clinique est établi à 1,5 écart-type au-dessus de la moyenne (score T de 65). La présente étude a considéré l'ensemble des douze échelles cliniques, soit : l'hypervigilance anxieuse, la colère, les perturbations sexuelles, les expériences intrusives, l'évitement défensif, la dépression, le stress post-traumatique, la dissociation, la suicidalité, les comportements réducteurs de tension, la perception du soi et l'attachement insécure. Des analyses préliminaires de la distribution des variables montrent que plusieurs participantes présentent des niveaux faibles de symptômes traumatiques, et que peu en présente des niveaux élevés. Les variables liées à chacun des douze domaines de symptômes traumatiques sont donc

dichotomisées selon l'atteinte ou non du seuil clinique (score T de 65). Pour l'ensemble des participantes, les alphas de Cronbach aux douze échelles du TSI-II varient de 0,83 à 0,95.

## 5. LE PLAN D'ANALYSES

Afin de répondre à l'objectif de recherche, des analyses statistiques descriptives seront dans un premier temps effectuées.

En deuxième lieu, des analyses bivariées seront conduites afin de vérifier l'association de chacune des variables prédictives avec la variable prédite, soit la présence ou l'absence de maternité précoce. Puisque les variables prédictrices et la variable prédite sont de nature dichotomique, l'association sera étudiée par l'entremise de coefficients Phi. Comme le recommandent Hosmer et Lemeshow (2000), les variables associées à la maternité précoce avec un  $p \leq 0,25$  seront prises en compte pour une analyse multivariée. L'analyse du coefficient Phi servira également à prévenir un problème de multicolinéarité, laquelle ne doit pas être parfaite ou élevée selon Field (2013). Le seuil de covariance problématique est établi à 0,80, comme le recommande Field (2013), et une variable le dépassant sera éliminée.

Enfin, les variables sélectionnées suite à l'analyse bivariable ( $p \leq 0,25$ ) feront l'objet d'une régression logistique binaire multivariée. Un test détectant des formes plus subtiles de multicolinéarité (Field, 2013) sera effectué par l'entremise des *Variance Inflation Factor* (VIF). Selon la recommandation de Field (2013), le seuil nécessitant le retrait d'une variable est établi à 10. Les variables prédictives seront intégrées à l'équation selon une méthode hiérarchique, afin d'évaluer leur influence et leur poids relatif dans la prédiction de la maternité précoce. Dans un

premier temps, puisque les variables relatives à l'appartenance ethnique, l'instabilité des placements et la maltraitance ont été reconnues par plusieurs des études recensées comme étant liées à la maternité précoce, elles seront entrées ensemble dans un premier bloc. En effet, Field (2013) suggère de commencer la régression par les prédicteurs dont la relation avec la variable prédite est bien établie par le corpus de connaissances antérieures. Dans le dernier bloc seront entrées les variables relatives à la présence/absence d'un seuil clinique à chacune des dimensions de symptômes traumatiques retenues après l'analyse bivariée. Cette méthode d'entrée des variables prédictives par blocs hiérarchiques permettra de vérifier si l'introduction de chacun des blocs de variables associées à la maternité permet d'améliorer le modèle d'analyse. Des analyses d'ajustement du modèle par l'examen de la valeur du chi-carré et de la matrice de classement seront conduites, de même qu'une analyse des valeurs résiduelles. Le logiciel *IBM SPSS Statistics 24* sera utilisé pour l'ensemble des analyses.

## QUATRIÈME CHAPITRE. LES RÉSULTATS

Le présent chapitre se consacre à la présentation des résultats permettant d'évaluer le poids relatif des symptômes traumatiques sur la survenue de la maternité précoce, et ce, en tenant compte des effets possibles de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements. Une première partie présente les informations relatives au taux de maternité précoce chez les jeunes femmes de l'échantillon, de même que le pourcentage de jeunes femmes concernées selon les variables étudiées. Les analyses préliminaires sous forme de corrélations entre l'ensemble des variables à l'étude sont décrites, puis suivent les résultats de l'analyse de régression logistique binaire multivariée et l'analyse de qualité de l'ajustement du modèle incluant l'analyse des valeurs extrêmes résiduelles.

### 1. LES STATISTIQUES DESCRIPTIVES

Au tableau 1 à la page 45 sont présentées les statistiques descriptives concernant l'ensemble des jeunes femmes, celles devenues mères avant 23 ans et celles ne l'étant pas devenu, sur le plan de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie, de l'instabilité des placements et des symptômes traumatiques. L'ensemble des 112 participantes a rapporté avoir subi au moins une forme de maltraitance conduisant potentiellement à un trauma, un peu plus du tiers a vécu 4 placements et plus et entre 5,4 % et 32,1 % ont déclaré des symptômes traumatiques atteignant un score clinique dans au moins une des dimensions.

Tableau 1. Pourcentages de jeunes femmes, de mères et de non-mères pour l'ensemble des variables prédictrices et pour la variable prédite

Variables	Jeunes femmes n = 112	Mères n = 61	Non-mères n = 51
<b>Maternité précoce</b>	54,5%		
<b>Appartenance à une minorité ethnique</b>	25,9 % <sup>2</sup>	21,7 %	31,4 %
<b>N'a pas obtenu de diplôme d'études secondaires</b>	93,7 %	96,1 %	92,2 %
<b>Maltraitance subie</b> (niv. faible à extrême)			
Mauvais traitements psychologiques	58,0 %	60,7 %	54,9 %
Séviçes physiques	34,8 %	34,4 %	35,3 %
Agressions sexuelles	38,4 %	44,3 %	31,4 %
Négligence émotionnelle	71,4 %	72,1 %	70,6 %
Négligence physique	57,1 %	62,3 %	51,0 %
<b>4 placements ou plus</b>	39,3 %	45,0 %	33,3 %
<b>Symptômes traumatiques</b> (atteinte d'un seuil clinique)			
Hypervigilance anxieuse	8,9 %	11,5 %	5,9 %
Dépression	8,0 %	8,2 %	7,8 %
Colère	14,3 %	8,2 %	21,6 %
Expériences intrusives	28,6 %	27,9 %	29,4 %
Évitement défensif	32,1 %	32,8 %	31,4 %
Dissociation	11,6 %	13,1 %	9,8 %
Somatisation	13,4 %	16,4 %	9,8 %
Perturbations sexuelles	12,5 %	16,4 %	7,8 %
Suicidalité	12,5 %	6,6 %	19,6 %
Attachement insécure	5,4 %	3,3 %	7,8 %
Perception du soi	9,8 %	8,2 %	11,8 %
Comportements réducteurs de tension	17,0 %	14,8 %	19,6 %

## 2. LES ANALYSES PRÉLIMINAIRES

Les coefficients Phi permettent de vérifier l'association des variables prédictives avec la maternité précoce ( $p \leq 0,25$ ), une condition nécessaire aux analyses subséquentes, et ces

---

<sup>2</sup> Pour deux participantes, mères précoces, les données relatives à 1) l'appartenance ethnique et 2) le nombre de placements connus sont manquantes. Le nombre de participantes dont les informations sont connues à ces deux questions est donc de 111 au total et de 60 pour le groupe des mères précoces. Aucune autre donnée n'était manquante.



coefficients sont présentés au tableau 2 à la page 47. Parmi l'ensemble des variables à l'étude, sept sont retenues sur la base de leur association avec la maternité précoce. Sur le plan de la maltraitance, deux formes spécifiques, soit les agressions sexuelles et la négligence physique, sont significativement et positivement associées à la maternité précoce. Le nombre de placements et l'appartenance ethnique sont également retenus, puisque ces variables sont associées à la maternité précoce respectivement positivement et négativement. Parmi les symptômes traumatiques, les dimensions de la colère, des perturbations sexuelles et de la suicidalité sont significativement associées à la maternité précoce et sont sélectionnées pour effectuer l'analyse multivariée. Les deux dimensions de la colère et de la suicidalité sont négativement associées, alors que les perturbations sexuelles le sont de façon positive. Les résultats de ces analyses préliminaires permettent d'établir qu'aucun problème de multicollinéarité ne nécessite le retrait de variable, puisqu'aucune des variables retenues ne démontre entre elles une association à un coefficient Phi de 0,80 ou plus. De la même façon, aucun des résultats des analyses de VIF ne dépasse 3, alors que le seuil établi est de 10.

Tableau 2. Les associations entre les variables prédictives et prédites (coefficient Phi)

	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>
<b><u>1. Minorité ethnique</u></b>	-																			
<b><u>2. 4 placements ou plus</u></b>	-,05	-																		
<b><u>3. Mauvais traitements psycho.</u></b>	,08	,02	-																	
<b><u>4. Sévices physiques</u></b>	,18*	,15*	,47*	-																
<b><u>5. Agressions sexuelles</u></b>	,13*	,01	,41*	,35*	-															
<b><u>6. Négligence émotionnelle</u></b>	-,03	-,01	,42*	,26*	,17*	-														
<b><u>7. Négligence physique</u></b>	-,15*	,08	,47*	,33*	,35*	,53*	-													
<b><u>8. Hypervigilance anxieuse</u></b>	-,04	-,13*	,20*	,23*	,20*	,20*	,21*	-												
<b><u>9. Dépression</u></b>	-,03	-,04	,18*	,27*	,17*	,19*	,06*	,48*	-											
<b><u>10. Colère</u></b>	,05	-,18*	-,01	,02	,10	,15*	,04	,32*	,35*	-										
<b><u>11. Expériences intrusives</u></b>	-,15*	-,03	,30*	,28*	,27*	,18*	,27*	,50*	,32*	,42*	-									
<b><u>12. Évitement défensif</u></b>	,03	,00	,31*	,30*	,40*	,14*	,29*	,32*	,36*	,32	,54*	-								
<b><u>13. Dissociation</u></b>	-,03	,05	,08	,14*	,12*	,17*	,14*	,38*	,20*	,33*	,45*	,23*	-							
<b><u>14. Somatisation</u></b>	-,18*	,00	,23*	,21*	,12*	,19*	,18*	,43*	,17*	,06	,51*	,24*	,43*	-						
<b><u>15. Perturbations sexuelles</u></b>	-,10	-,12*	,21*	,12*	,15*	,18*	,22*	,36*	,19*	,31*	,42*	,14*	,45*	,33*	-					
<b><u>16. Suicidalité</u></b>	-,04	-,03	,10	,35*	,15*	,06	,05	,17*	,39*	,15*	,42*	,26*	,37*	,09	,27*	-				
<b><u>17. Attachement insécure</u></b>	-,14*	,05	,12*	,16*	,14*	,15*	,13*	,34*	,22	,24*	,29*	,36*	,29*	,14*	,27*	,39*	-			
<b><u>18. Perturbation du soi</u></b>	,01	-,08	,16*	,14*	,05	,14*	,04	,32*	,23*	,21	,32*	,22	,63*	,40*	,42*	,42*	,45*	-		
<b><u>19. Cmpts réducteurs de tension</u></b>	-,05	-,07	,10	,17*	,13*	,18*	,15*	,61*	,30*	,50*	,61*	,30*	,51*	,31*	,47*	,48*	,32*	,41*	-	
<b><u>20. Maternité précoce</u></b>	-,11*	,12*	,06	-,01	,13*	,02	,11*	,10	,01	-,19*	-,02	,02	,05	,10	,13*	-,20*	-,10	-,06	-,06	-

Note : Psycho.: psychologiques. Cmpts: comportements. \* : Indique que  $p \leq 0,25$ . Souligné : variables sélectionnées pour l'analyse multivariée.  
Les variables liées à un risque potentiel (soit appartenance à une minorité ethnique, niveau faible à extrême de maltraitance subie, niveau clinique de symptômes traumatiques et 4 placements ou plus) ont été codées 1.

### 3. L'ANALYSE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE BINAIRE MULTIVARIÉE

Les sept variables sélectionnées à la suite des analyses préliminaires font l'objet d'une régression logistique binaire multivariée, afin d'évaluer leur influence sur la maternité précoce. Pour réaliser la régression logistique binaire, la méthode hiérarchique est privilégiée. Les variables liées à l'ethnicité, au nombre de placements et à la maltraitance (agressions sexuelles et négligence physique) sont combinées en un bloc, qui est le premier intégré à l'analyse de régression logistique binaire. Les variables liées à l'atteinte ou non d'un seuil clinique de symptômes traumatiques pour les trois échelles (colère, perturbations sexuelles et suicidalité) du TSI-II sont ajoutées dans un deuxième bloc.

Selon les résultats présentés au tableau 3 à la page 50, les variables liées à l'appartenance ethnique, à l'instabilité des placements et aux deux formes de maltraitance sélectionnées ne sont pas significatives en regard de la maternité précoce. Cependant, les trois variables liées aux échelles du TSI-II atteignent le seuil de signification ( $p \leq 0,05$ ). Les dimensions de symptômes traumatiques de la colère, des perturbations sexuelles et de la suicidalité sont donc associées à la survenue de la maternité précoce chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse, bien que leurs poids relatifs diffèrent. En effet, la valeur de la colonne « Exp(B) » traduisant le rapport de cote (RC) estime la variation du risque de connaître une maternité précoce selon la variation de la variable prédictive étudiée. Un rapport de cote de 1 et plus reflète l'augmentation du risque de maternité précoce lorsqu'une variable prédictive augmente d'un point (Tabachnik et Fidell, 2018). Puisque les variables prédictives liées aux symptômes traumatiques sont de nature dichotomique, le risque de connaître une maternité est donc multiplié par le RC

lorsque les jeunes femmes atteignent un niveau clinique de symptômes traumatiques. Les femmes présentant un niveau clinique de perturbations sexuelles ( $RC = 8,31$ ) ont ainsi environ huit fois plus de risque de connaître une maternité précoce que celles qui n'atteignent pas ce niveau. Cette estimation du RC doit être considérée avec prudence, car le large intervalle de confiance dans lequel il se situe (95 % [1,27-54,44]) diminue sa fiabilité.

À l'opposé, un RC de moins de 1 indique la diminution du risque de connaître l'événement prédit par l'analyse, ici la survenue de la maternité précoce. Le risque de connaître une maternité précoce doit donc être divisé par le RC se situant sous 1 (Tabachnik et Fidell, 2018). Le risque de devenir mère précoce diminue donc respectivement de 5 et presque 7 fois chez celles atteignant un niveau clinique de colère ou de suicidalité. Tabachnik et Fidell (2018) proposent aussi de transformer ces rapports de cote en pourcentage, ce qui pourrait faciliter la compréhension des résultats. Dans la présente étude, le risque de connaître une maternité précoce pour les jeunes femmes présentant un niveau clinique de perturbations sexuelles augmente de 800 %. Pour celles atteignant un score clinique de colère ou de suicidalité, ce risque diminue respectivement de 80 % et de 85 %.

L'examen de la valeur du chi-carré (non rapportée au tableau 3) de chacun des modèles indique que le modèle final, comprenant les trois dimensions de symptômes traumatiques, est mieux ajusté aux données que le modèle incluant uniquement les variables liées à l'appartenance ethnique, à la maltraitance et au nombre de placements. En effet, le chi-carré pour le modèle passe de 5,41 ( $p = 0,25$ ) à 19,73 ( $p = 0,006$ ) lors de l'ajout des variables liées aux symptômes traumatiques. Cette importance des variables liées aux symptômes traumatiques est confirmée par

le chi-carré de 14,32 ( $p = 0,002$ ), qui indique leur apport spécifique à l'amélioration du modèle (Field, 2013).

Tableau 3. Les résultats de la régression logistique binaire multivariée

Variables	B	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance (95 %)	
							minimum	maximum
Bloc 1								
Minorité ethnique	-0,59	0,47	1,62	1	0,20	0,55	0,22	1,38
4 placements ou plus	0,49	0,40	1,48	1	0,22	1,63	0,74	3,60
Agressions sexuelles	0,46	0,45	1,08	1	0,30	1,59	0,66	3,81
Négligence physique	0,21	0,43	0,25	1	0,62	1,24	0,53	2,88
Bloc 2								
Minorité ethnique	-0,53	0,50	1,09	1	0,30	0,59	0,22	1,59
4 placements ou plus	0,48	0,44	1,20	1	0,27	1,62	0,69	3,82
Agressions sexuelles	0,77	0,50	2,35	1	0,13	2,15	0,81	5,74
Négligence physique	0,10	0,46	0,04	1	0,84	1,10	0,45	2,71
<u>Colère</u>	-1,61	0,74	4,72	1	0,03	0,20	0,05	0,85
<u>Perturbations sexuelles</u>	2,12	0,96	4,84	1	0,03	8,31	1,26	54,82
<u>Suicidalité</u>	-1,93	0,78	6,18	1	0,01	0,15	0,03	0,67

Souligné : Variables significativement associées à la maternité précoce.

Valeur de coupe : 0,5

Test de Hosmer et Lemeshow : Chi-deux : 7,90 ; ddl : 8 ; sig. : 0,44

R-2 de Cox et Snell = 0,16

Pseudo R-2 = 0,13

Comme le mentionne Field (2013), le R-2 de Cox et Snell peut être compris comme une mesure de la taille de l'effet, qui demeure ici modeste selon les standards établis par Cohen (Field, 2013). Puisque le pseudo R-2 calculé selon la formule de Field (2013) est de 0,13, le modèle comprenant les symptômes traumatiques de la colère, des perturbations sexuelles et de la suicidalité prédit 13 % de la variance associée à la survenue de la maternité précoce.

L'équation du modèle final classe correctement 62,7 % des participantes, alors que la classification aléatoire en classait correctement 53,6 %. Le modèle final incluant les trois dimensions de symptômes traumatiques effectue également une meilleure classification des mères précoces que le modèle incluant uniquement les variables liées à l'appartenance ethnique, la maltraitance et le nombre de placements (mères : 83,1 % vs 66,1 %; non-mères : 41,2 % vs 39,2 %). Enfin, l'examen des valeurs résiduelles est effectué. Aucun des résidus standards ou normalisés ne dépasse  $\pm 1,96$ , la statistique de Cook n'est jamais supérieure à 1 et les valeurs influentes ne dépassent pas trois fois la valeur influente moyenne de 0,07. Ces résultats permettent d'affirmer que la qualité de l'ajustement du modèle n'a pas été influencée par des valeurs extrêmes (Field, 2013).

Les résultats de cette régression logistique binaire sont discutés au prochain chapitre, à la lumière des études antérieures et du cadre conceptuel. Les implications de ces résultats pour la pratique des intervenants et des intervenantes du champ de l'intervention psychosociale sont présentées. Des recommandations pour l'orientation de la recherche future sont également proposées.

## CINQUIÈME CHAPITRE. LA DISCUSSION

Ce chapitre offre une discussion des résultats obtenus par la présente étude. L'objectif du mémoire et sa pertinence sur les plans social et scientifique sont rappelés. Les résultats de l'étude sont analysés à la lumière des connaissances antérieures et du cadre conceptuel développé au premier chapitre de ce mémoire. L'apport spécifique de l'étude au corpus de connaissances est établi, de même que les limites méthodologiques de l'étude et les suggestions pour la recherche future qui peuvent en être dégagées. Enfin, des recommandations pour la pratique des intervenants et intervenantes du champ de l'intervention psychosociale sont identifiées.

### 1. LE RAPPEL DE L'OBJECTIF ET DE LA PERTINENCE DE L'ÉTUDE

Les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse font face à de multiples conditions adverses qui les rendent plus à risque de connaître une maternité précoce (Svodboda *et al.*, 2012). Leur taux de naissance est plus élevé que celui des jeunes femmes de la population générale (Boonstra, 2011; Courtney *et al.*, 2007; Courtney et Dworsky, 2006; Shaw *et al.*, 2010; Shpiegel et Cascardi, 2015), alors que chez ces deux populations confondues, donner précocement naissance est associé à un lot de conséquences négatives autant pour les jeunes femmes que pour leurs enfants (Boden, Fergusson et Horwood, 2008; Connolly *et al.*, 2012; Dahinten *et al.*, 2007; Gibb, Fergusson, Horwood et Boden, 2015; Goyette, 2009; Jaffee *et al.*, 2001; Serbin *et al.*, 2004). Pourtant, peu d'études s'intéressent au phénomène de la maternité précoce parmi la population spécifique des jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse, et une seule s'attarde



à l'influence spécifique de la difficulté supplémentaire que peuvent poser les symptômes traumatiques (Thompson et Neilson, 2014).

À ce titre, l'objectif de cette étude consiste à évaluer l'influence des symptômes traumatiques sur la survenue de la maternité précoce parmi les jeunes femmes ayant été desservies par les centres de protection de la jeunesse, tout en tenant compte de l'effet de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements.

## 2. LA DISCUSSION DES RÉSULTATS À LA LUMIÈRE DES CONNAISSANCES ACTUELLES

Les résultats obtenus par l'étude ne démontrent pas de liens significatifs entre les variables liées à l'appartenance ethnique, à la maltraitance subie et à l'instabilité des placements et la survenue de la maternité précoce. Par contre, trois dimensions des symptômes traumatiques sont associées à la maternité précoce : les perturbations sexuelles augmentent significativement le risque des jeunes femmes de devenir mère au cours de la vingtaine (avant 23 ans), alors que la colère et la suicidalité ont l'effet contraire. Pour bien saisir les nuances pouvant expliquer ces conclusions, les résultats quant à chacune des variables étudiées dans l'analyse multivariée seront discutés individuellement en s'appuyant sur les résultats et les méthodologies des autres études de ce champ de recherche.

### 2.1 L'absence de lien entre la maternité précoce et l'appartenance ethnique

L'absence d'une association significative entre l'appartenance ethnique et la maternité précoce lorsque ces variables sont considérées sur un plan multivarié concorde avec l'étude de

Dworsky et Courtney (2010). Pourtant, ces résultats et ceux du présent mémoire entrent en contradiction avec un ensemble d'études ayant identifié un risque plus élevé de maternité précoce chez les jeunes femmes d'une origine ethnique autre que caucasienne (Garwood *et al.*, 2015; King, 2017; King et Van Wert, 2017; Lee, 2009). D'une part, il faut préciser que l'échantillon de ces études était composé en moyenne de 75 % de femmes déclarant une origine ethnique autre que caucasienne. À l'inverse, environ 25 % des participantes de la présente étude se déclaraient d'origines autres que caucasienne. Il est donc possible que ce petit pourcentage ait limité la possibilité de détecter un effet de l'origine ethnique.

D'autre part, les études s'étant intéressées à l'effet de l'origine ethnique sur la survenue de la maternité précoce ont démontré que, parmi les femmes desservies par les centres de protection de la jeunesse et d'origine autre que caucasienne, certains sous-groupes de femmes, tels que les afro-américaines, étaient particulièrement à risque (Combs, Begun, Rinehart et Taussig, 2018; King, 2017; Shpiegel *et al.*, 2017). À ce sujet, Geronimus (2003) avance que la forte occurrence de maternité précoce chez les femmes afro-américaines serait un comportement adaptatif survenant en réponse à l'ensemble de barrières socioculturelles auxquelles elles sont confrontées. Par exemple, le contexte de défavorisation généralisé dans lequel vivent plusieurs d'entre elles diminuerait leur espérance de vie par rapport à celle des femmes caucasiennes, situation devant laquelle avoir un enfant à un jeune âge constituerait une stratégie reproductive nécessaire. Ainsi, le risque de connaître une maternité précoce pourrait ne pas concerner toutes les femmes d'origine ethnique autre que caucasienne, et plutôt être associé à des sous-groupes précis, qui n'ont pas été différenciés dans cette étude.

Comme le suggèrent Combs *et al.* (2018), l'influence de l'appartenance ethnique sur la maternité précoce pourrait varier selon des normes sociales et des valeurs culturelles qui se modifieraient selon les régions géographiques considérées. Puisque la majorité des études traitant de la maternité précoce chez les jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse proviennent des États-Unis, il est envisageable que l'absence de résultats significatifs entre l'ethnicité et la maternité précoce dans l'échantillon canadien de la présente étude soit aussi explicable par des différences culturelles, démographiques ou sociétales entre les populations desservies par les centres de protection américains et canadiens.

## **2.2 L'absence de lien entre la maternité précoce et l'instabilité des placements**

La présente étude a considéré l'instabilité à travers le nombre plus ou moins élevé de placements (trois ou moins versus quatre et plus) vécus par les participantes. L'absence d'association significative entre cette variable et la maternité précoce correspond aux résultats d'études ayant pris en considération le nombre de placements à travers une analyse multivariée (Dworsky et Courtney, 2010; King et Van Wert, 2017; Shpiegel *et al.*, 2017), à l'exception de deux (Font *et al.*, 2019; Lee, 2009). Bien que cette étude n'ait pas eu pour objectif de différencier le risque de maternité précoce selon que les jeunes femmes aient été placées ou non, il demeure que plusieurs études avancent que connaître un placement est un risque significatif de maternité précoce (Doyle, 2007; Font *et al.*, 2019 ; King, 2017; Vinnerljung *et al.*, 2007). Il est possible que le fait de connaître un placement soit plus déterminant dans la survenue de la maternité précoce que le nombre plus ou moins élevé de placements en soi. Ainsi, d'autres caractéristiques liées au placement, telles que sa durée, son moment de survenue ou son type (par ex. : en milieu familial

ou institutionnel), pourraient davantage informer des liens entretenus entre les placements et la maternité précoce. À titre d'exemple, Vinnerljung *et al.* (2007) trouvent un taux de naissance nettement plus élevé chez les adolescentes ayant connu un placement après l'âge de 13 ans par rapport à celles ayant été placées plus tôt.

### **2.3 L'absence de liens entre la maternité précoce et la maltraitance subie**

Deux formes de maltraitance, soit la négligence physique et l'agression sexuelle, ont été mises en relation avec la maternité précoce sur un plan multivarié et aucune association significative n'a été détectée pour l'une ou l'autre des formes. Pourtant, King (2017), Noll et Shenk (2013) et Noll *et al.* (2018) concluent à l'effet significatif de certaines formes de maltraitance, dont la négligence et l'agression sexuelle, sur la survenue de la maternité précoce. Ces trois études ont la particularité de considérer uniquement la maltraitance étant survenue tardivement dans le parcours de vie des jeunes femmes (jusqu'à douze mois précédant l'entrée dans l'étude pour Noll et Shenk et Noll *et al.*, et après l'âge de 10 ans pour King), contrairement à la présente étude qui a tenu compte de la maltraitance subie sur l'ensemble de l'enfance et de l'adolescence des participantes. Tout comme la présente étude, Dworsky et Courtney (2010) ont tenu compte de la maltraitance autorapportée sur l'ensemble de leur parcours par les jeunes femmes, et n'obtiennent pas de résultats significatifs entre les différentes formes et la maternité précoce. Ces différents résultats quant à l'effet de la maltraitance suggèrent que celle survenant plus tard dans le parcours développemental des adolescentes pourrait avoir un effet plus important sur la maternité précoce que celle survenant plus tôt. Cette hypothèse est soutenue par King qui observe simultanément que l'âge au premier épisode de maltraitance est un prédicteur de la maternité précoce et que le taux

de naissance chez les femmes ayant subi de la maltraitance entre 16 et 17 ans est cinq fois plus élevé que chez celles en ayant subi entre 10 et 11 ans.

#### **2.4 Les liens significatifs entre la maternité précoce et les symptômes traumatiques**

L'association significative détectée entre les trois dimensions de symptômes traumatiques que sont la colère, la suicidalité et les perturbations sexuelles diffèrent des résultats de la seule autre étude ayant mis en relation les symptômes traumatiques et la maternité précoce (Thompson et Neilson, 2014). Thompson et Neilson ont en effet identifié les dimensions de l'anxiété et de la dépression comme influençant, respectivement positivement et négativement, la survenue de la maternité précoce. Leur évaluation des symptômes traumatiques a été conduite à l'aide du *Trauma Symptom Checklist for Children* qui catégorise en six dimensions les symptômes traumatiques (anxiété, dépression, colère, stress post-traumatique, dissociation et perturbations sexuelles), alors que le TSI-II utilisé par la présente étude a permis de initialement prendre en compte douze catégories de symptômes traumatiques. La diversité des échelles considérées et l'introduction de nouvelles échelles (comme la suicidalité) pourraient expliquer la divergence des résultats. De plus, Thompson et Neilson ont intégré à leurs analyses certaines dimensions de symptômes traumatiques malgré un problème de multicollinéarité entre elles. Cette méthodologie pourrait expliquer la différence de résultats obtenus par la présente étude, où un problème de multicollinéarité a été vérifié et jugé absent.

Les participantes ayant pris part à l'étude de Thompson et Neilson (2014) présentent des caractéristiques différentes de l'étude actuelle, par exemple sur le plan de la prédominance d'une appartenance ethnique autre que caucasienne et sur le fait qu'elles n'avaient pas nécessairement

connu un placement. En outre, des particularités méthodologiques ont pu faire varier les résultats. Notamment, l'influence des symptômes traumatiques sur la maternité précoce tient compte d'évaluations faites par Thompson et Neilson lorsque les participantes avaient 12 et 16 ans, donc lorsqu'elles étaient encore adolescentes. En contrepartie, la présente étude s'est intéressée aux symptômes traumatiques présentés par les participantes à l'âge adulte (19,5 ans), donc plus tardivement dans leur développement. Thompson et Neilson (2014) ont également collecté les données liées à la maternité plus tôt (les participantes avaient au maximum 21 ans lors de cette collecte) que l'âge seuil de la maternité précoce considéré par la présente étude (jusqu'à 23 ans). Bien que les symptômes traumatiques perdurent jusqu'à l'âge adulte (van Vugt *et al.*, 2014), leur influence sur la maternité précoce pourrait, à l'instar de l'âge auquel est subie la maltraitance, se modifier à travers le parcours développemental des jeunes femmes.

Les items du TSI-II pour l'échelle évaluant le niveau de perturbations sexuelles se rapportent notamment à des comportements sexuels à risque, tels qu'avoir des relations sexuelles non protégées tout en jugeant qu'elles auraient dû l'être ou avoir des comportements sexuels en se doutant que ce n'était pas une bonne idée. En ce sens, les résultats indiquant que les perturbations sexuelles augmentent le risque de maternité précoce concordent avec le cadre conceptuel présenté précédemment, selon lequel les symptômes traumatiques peuvent favoriser un ensemble de stratégies d'adaptation inadéquates et de comportements sexuels à risque (Leslie *et al.*, 2010) qui augmentent le risque de grossesse précoce, et, potentiellement, de maternité. Cependant, 35 % des jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse ayant eu un enfant avant 19 ans rapportent qu'elles voulaient « probablement ou définitivement » devenir mères (Dworsky et Courtney, 2010). Il est probable que le lien entre les perturbations sexuelles et la maternité précoce

dépasse l'aspect strictement mécanique, comme avoir des relations sexuelles non protégées conduisant à une grossesse, et que l'explication à l'engagement dans des comportements sexuels à risque autant que dans la maternité précoce puisse notamment résider dans les besoins de proximité, d'attachement et de stabilité nommés par les jeunes femmes à travers la littérature qualitative préalablement détaillée.

L'association entre la colère et la diminution du risque de maternité précoce peut aussi être comprise sous l'angle d'une stratégie adaptative inadéquate qui perturbe les relations sociales entretenues par les jeunes femmes. Par exemple, Darnell *et al.* (2019) montrent que les traumatismes vécus par les adolescentes sont associés à un ensemble de difficultés extériorisées comprenant notamment des comportements agressifs. Il est envisageable que les adolescentes expérimentant un haut niveau de colère aient de la difficulté à entretenir des relations intimes menant à la conception ou au désir d'enfant. Par ailleurs, comme l'isolement social est également un facteur associé au risque suicidaire (LaRosa, Consoli, Hubert-Vadenay et LeClésiau, 2005), un haut niveau de suicidalité pourrait aussi diminuer les opportunités sociales de s'engager dans la maternité, en plus de placer les jeunes femmes dans un état psychologique limitant la possibilité d'envisager un projet à long terme comme celui que peut être devenir mère.

### 3. LES FORCES, LES LIMITES ET LES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE

La présente étude dégage pour la première fois l'influence spécifique des symptômes traumatiques sur la maternité précoce en tenant compte simultanément de variables reconnues par la littérature pour leur effet sur ce phénomène, telles que l'appartenance ethnique, la maltraitance

et l'instabilité des placements. Au contraire de la majorité des études recensées, l'étude s'appuie sur la maltraitance autorapportée par les participantes, ce qui permet d'inclure des formes de maltraitance qui auraient pu rester inconnues des centres de protection de la jeunesse (Everson *et al.*, 2008; Shenk *et al.*, 2016). De plus, ces données autorapportées sont davantage associées aux conséquences de la maltraitance que peut présenter la personne en ayant subi, telles que les symptômes traumatiques (Mills *et al.*, 2016). Enfin, les formes de maltraitance sont individuellement considérées, dans l'optique d'informer plus précisément des liens entretenus par chacune d'entre elles avec la maternité précoce.

Par contre, l'étude échoue à rendre compte de certains aspects liés à la maltraitance qui pourraient avoir des effets sur la survenue de la maternité précoce. En effet, les résultats de King (2017) démontrent que la récurrence de la maltraitance prédit la maternité précoce. Ils démontrent aussi, comme préalablement détaillé, que l'effet de la maltraitance peut différer selon le moment où elle survient dans le développement. La présente étude ne permet pas de nuancer le risque de maternité précoce selon ces aspects, et une étude subséquente devrait en tenir compte dans ses analyses. Une conceptualisation la maltraitance tenant compte notamment de la cooccurrence des différentes formes, de leur récurrence et de l'âge de la participante lors du dernier événement de maltraitance pourrait mieux renseigner sur l'association de ce phénomène avec la maternité précoce.

Sur le plan des placements, bien que les résultats n'aient pas démontré de lien significatif entre un nombre élevé (quatre et plus) et la maternité précoce, cette analyse renseigne sur une des caractéristiques de l'instabilité et se différencie d'une analyse liée à la présence ou à l'absence de



placements. Il importe cependant de préciser que, puisque les données liées au nombre de placements ne prenaient pas en considération les placements jusqu'à la fin des services prodigués par les centres de protection de la jeunesse (les placements ont été dénombrés à l'entrée de participantes dans l'étude de Lanctôt), elles ne représentent que partiellement l'instabilité qu'ont pu subir les participantes sur l'ensemble de leur parcours en protection de la jeunesse. De plus, l'instabilité vécue par les adolescentes dans leur trajectoire de vie va au-delà du simple nombre de placements vécus (Hébert et Lanctôt, 2016). L'utilisation d'indicateurs liés au placement présentés précédemment et représentant des facettes de l'expérience globale de placement, comme leur type (familial ou institutionnel) ou leur moment de survenue, pourrait offrir un meilleur portrait de l'influence des placements sur la maternité précoce des jeunes femmes issues de centres de protection de la jeunesse.

En opérationnalisant la maternité comme une naissance, l'étude tient compte de l'issue de la grossesse, au contraire d'études qui ne distinguent pas les deux (par ex. : Dworsky et Courtney, 2010; Garwood *et al.*, 2015). Cette différenciation de la grossesse et de la naissance est importante et devrait être adoptée par la recherche future pour assurer l'identification de facteurs propres aux jeunes femmes qui choisissent de devenir mères en menant leur grossesse à terme. L'étude actuelle se distingue également en considérant la maternité précoce comme un événement bifurquant du parcours habituel des jeunes femmes et en statuant sur un âge seuil plus élevé que les autres études du domaine pour établir le caractère précoce de la maternité. L'influence de facteurs sur la maternité précoce semble se modifier à mesure que les jeunes femmes avancent en âge, comme mentionné précédemment à propos de facteurs perdant leur pouvoir prédictif chez les mères précoces plus âgées (Putnam-Hornstein et King, 2014). L'âge seuil plus élevé considéré par la

présente étude pourrait expliquer en partie pourquoi certains facteurs habituellement associés à la maternité précoce ne le sont pas dans ce cas. Par ailleurs, cet âge seuil plus élevé permet de sortir d'une opérationnalisation basée sur des critères légaux ou administratifs, comme l'âge de majorité ou de sortie des centres de réadaptation. L'étude des facteurs associés à la maternité précoce chez les jeunes femmes des centres de protection de la jeunesse peut ainsi tenir compte des conséquences des expériences adverses vécues, spécifiquement lors la période du tournant de l'âge adulte. Pour saisir l'influence continue de ces expériences de vie adverses sur la maternité précoce, les études futures gagneraient à continuer de concevoir la maternité précoce selon une perspective développementale et de considérer les premières années de la vingtaine comme faisant partie de la période de précocité. Cette position est d'autant plus importante que les jeunes femmes semblent particulièrement à risque de grossesse précoce et de grossesses répétées dans les années suivant leur sortie des centres de protection de la jeunesse (Dworsky et Courtney, 2010), en plus d'être simultanément confrontées au grand défi que représente leur transition vers l'âge adulte.

D'autres facteurs propres au début de l'âge adulte, comme les aspirations envers le futur ou la situation de vie à la sortie des centres de protection (par ex. : le soutien social disponible, la situation de résidence ou l'âge de sortie) pourraient influencer la maternité précoce (Dworsky et Courtney, 2010; Thompson et Neilson, 2014). La présente recherche n'en tient pas compte, mais le faire contribuerait à mieux comprendre la survenue de la maternité précoce chez la population des jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse. D'autres caractéristiques propres à ces jeunes femmes et associées à la maternité précoce, comme l'historique de grossesse passée (Dworsky et Courtney, 2010) ou les comportements sexuels à risque (dont la nature peut en soi augmenter le risque de grossesse) pourraient aussi être d'intérêt pour mieux saisir la

survenue de la maternité précoce, mais n'ont pas été étudiées par le présent mémoire. Cependant, malgré les liens évidents de cause à effet entre les comportements sexuels à risque et la maternité précoce, d'autres pistes pourraient constituer de meilleurs prédicteurs de ce phénomène chez les adolescentes issues des centres de protection de la jeunesse. Par exemple, l'étude de Noll *et al.* (2018) montre que des caractéristiques propres à ces jeunes femmes, telles que les croyances relatives à la difficulté d'être mère, prédisent la maternité précoce sans être liées à l'adoption de comportements sexuels à risque. De plus, comme expliqué plus haut, la littérature qualitative sur le phénomène de la maternité précoce, où les mères partagent combler différents besoins par l'arrivée de leur enfant, offre des pistes de réflexion qui ne mettent pas les comportements sexuels à risque au premier plan. Ainsi, la recherche axée sur la maternité précoce aurait avantage à dépasser l'examen des comportements sexuels à risque comme cause de la maternité précoce, pour explorer davantage les raisons motivant ces jeunes femmes à choisir la maternité devant une grossesse précoce.

L'étude est parmi les premières à évaluer l'association des symptômes traumatiques avec la maternité précoce, en vérifiant l'influence distincte de plusieurs de leurs dimensions sur la maternité précoce. Les résultats obtenus peuvent s'appliquer à des jeunes femmes présentant des caractéristiques communes aux participantes de la présente étude, c'est-à-dire qui auraient notamment subi de la maltraitance en enfance et été placées en centre de réadaptation au milieu de l'adolescence. Malheureusement, des analyses comparatives pour distinguer les jeunes femmes ayant refusé de participer à l'étude originale de Lancôt de celles ayant accepté n'ont pu être conduites. Ainsi, des différences entre les deux groupes, de même que la perte de participantes suivant les temps de mesure, pourraient avoir influencé les résultats quant à l'effet des symptômes

traumatiques sur la maternité précoce. Ces caractéristiques et d'autres propres à la démarche de recherche, comme celle d'avoir été effectuée dans un milieu urbain, limitent la généralisation des résultats à l'ensemble des jeunes femmes ayant été desservies par les centres de protection de la jeunesse. Par contre, il n'y a pas lieu de croire que la situation des adolescentes desservies par les centres de protection de la jeunesse québécois ait changé de manière importante au cours des dix dernières années, ce qui permet de considérer les résultats de la présente étude et les recommandations qui en découlent comme pertinents à la situation d'adolescentes actuellement en centre de protection au Québec.

Certaines dimensions des symptômes traumatiques influencent le risque de maternité précoce, en l'augmentant ou en le diminuant, mais comme pour la maltraitance ou le placement, l'influence de ce facteur pourrait se modifier à travers le développement des jeunes femmes. Tenir compte des symptômes traumatiques est une façon de dépasser les expériences de maltraitance, pour plutôt considérer leurs conséquences sur la survenue de la maternité précoce chez les jeunes femmes. À ce titre, la recherche future ferait bien d'envisager des stratégies de recherche prenant en considération le passage du temps, par l'entremise, par exemple, de suivis longitudinaux ou d'analyses de survie, permettant d'identifier les facteurs proximaux à la maternité précoce ou de tenir compte des variations à travers le temps de facteurs qui lui sont associés. Comme une grande partie des jeunes femmes issues des centres de protection de la jeunesse deviendront mères précoces (Combs *et al.*, 2018; Courtney *et al.*, 2007; Courtney et Dworsky, 2006; Shpiegel et Cascardi, 2015), et comme plusieurs de ces femmes présentent toujours des symptômes traumatiques à l'âge adulte (Ayotte *et al.*, 2017; van Vugt *et al.*, 2014), ce souci de rendre compte de l'effet à long terme des symptômes traumatiques pourrait même inclure l'étude de leur influence

sur l'exercice du rôle de mère. Enfin, la centration de la recherche sur les symptômes traumatiques présente l'avantage de mettre en lumière un facteur clinique susceptible d'être modifiable par les interventions appropriées, en opposition à des facteurs comme la maltraitance dont la survenue passée est irrémédiable.

### **3.1 Les retombées de l'étude pour l'intervention psychosociale**

En identifiant les préoccupations sexuelles, la suicidalité et la colère comme influençant la maternité précoce, l'étude distingue trois dimensions de symptômes traumatiques perméables aux interventions. Comme peu d'études mettent en relation les symptômes traumatiques et la maternité précoce, les recommandations pour l'intervention présentées ici sont largement tirées de réflexions basées sur le cadre conceptuel exposé précédemment et sur la littérature concernant le phénomène de la maternité précoce. Puisque les symptômes traumatiques pourraient favoriser un ensemble de stratégies d'adaptation inadéquates et de comportements à risque, un dépistage systématique des symptômes traumatiques dès l'arrivée dans les services des centres de protection de la jeunesse pourrait être envisagé. L'intervention pourrait ainsi être ajustée aux dimensions de symptômes traumatiques présentées par les adolescentes afin de leur permettre de développer des alternatives aux comportements à risque qu'elles adoptent. Par exemple, dans le cas des adolescentes atteignant un niveau clinique de perturbations sexuelles, des interventions ciblant plus précisément une saine sexualité pourraient prévenir une grossesse qu'elles n'ont pas désirée ou favoriser une réflexion sur le moment propice pour s'engager dans cette voie.

Bien que les jeunes femmes présentant un niveau clinique de suicidalité et de colère soient moins à risque de maternité précoce, les interventions visant à réduire ces symptômes traumatiques

ne peuvent être négligées. L'étude d'Ahrens, Spencer, Bonnar, Coatney et Hall (2016) indique que les jeunes femmes issues de centres de protection de la jeunesse éprouvent des difficultés à réguler leurs émotions (comme la colère) dans le contexte de relations romantiques ou sexuelles. Pour les adolescentes présentant un haut niveau de colère, des interventions axées sur la régulation émotionnelle pourraient servir à consolider leurs relations intimes, dans l'optique que celles-ci leur offrent l'opportunité de se réaliser comme mère si elles le jugent opportun. Celles qui choisissent cette voie auraient également l'occasion de développer des stratégies de gestion des émotions plus adéquates pour exercer leur nouveau rôle de mère.

Pour les adolescentes qui présentent des idées suicidaires, travailler à la définition d'un projet de vie peut stimuler leur adhésion à un futur dans lequel elles peinent sans doute à se projeter. La maternité peut représenter un de ces projets porteurs d'espoir susceptible de modifier leur perception d'elles-mêmes et de leur vie (Aparicio, 2017; Aparicio, Pecukonis et O'Neale, 2015; Connolly *et al.*, 2012; Love *et al.*, 2005). Sans nécessairement aller jusqu'à proposer le projet de devenir mère précocement (considérant les nombreuses difficultés potentielles pour les mères et leur enfant), une réflexion et une discussion ouverte sur les risques et les opportunités de la maternité pourraient amener les adolescentes à cerner des éléments sous-tendant leur réticence ou leur envie d'être mère à plus long terme. Ces éléments pourraient être utiles pour identifier des sources d'espoir, dans le but que les adolescentes se raccrochent à un projet de vie et améliorent leur fonctionnement actuel. Or, la recherche montre que la perception des professionnels quant à la maternité précoce est fortement influencée par des valeurs issues de la classe moyenne qui dépeignent les jeunes mères comme « inadéquates » et plus à risque de poursuivre le cycle de maltraitance (voir à ce sujet Brand, Morrison, Down et Westbrook, 2014). Utiliser la perception

de la maternité comme outil de travail pour éventuellement modifier le fonctionnement adaptatif des jeunes femmes nécessite que les professionnels soient conscients de leurs propres biais et conceptions stéréotypées face à la maternité précoce, et qu'ils sachent s'en détacher pour répondre de façon créative aux besoins des jeunes femmes.

Enfin, Dworsky et Courtney (2010) montrent que les femmes transitionnant hors des centres de protection de la jeunesse demeurent à risque élevé de grossesse précoce et qu'elles connaissent des grossesses répétées. Les professionnels œuvrant auprès de femmes adultes ayant un historique passé de services des centres de protection devraient rester sensibles à la présence chez elles de symptômes traumatiques influençant leur relation avec la maternité. Ils pourraient également favoriser les pratiques de référence vers des organismes offrant un soutien psychologique tendant vers le bien-être global de ces femmes.

## **CONCLUSION**

L'objectif de ce mémoire consiste à dégager l'influence spécifique des symptômes traumatiques sur la survenue de la maternité précoce chez les adolescentes issues des centres de protection de la jeunesse, tout en considérant l'effet possible de l'appartenance ethnique, de la maltraitance subie et de l'instabilité des placements. L'étude bonifie la compréhension de la maternité précoce chez cette population spécifique en mettant pour la première fois en relation ces variables reconnues comme pouvant influencer la survenue de la maternité précoce. Les analyses conduites permettent de constater que des niveaux cliniques de colère et de suicidalité influencent négativement le risque de maternité précoce, alors qu'un niveau clinique de perturbations sexuelles l'influence de façon positive.

Ces résultats mettent en lumière le facteur peu exploré, mais pourtant associé à la maternité précoce, que constituent les symptômes traumatiques. Ils se concentrent de plus sur un élément dynamique sur lequel pourraient se centrer les interventions visant à favoriser une réflexion éclairée des jeunes femmes quant à leur engagement dans la maternité. Les recherches futures pourraient contribuer à l'enrichissement des connaissances à propos de la maternité précoce chez cette population précise en adoptant des stratégies de recherche tenant compte à la fois de l'évolution et des multiples facettes des facteurs influençant la maternité précoce à travers le parcours de vie des jeunes femmes.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahrens, K. R., Spencer, R., Bonnar, M., Coatney, A. et Hall, T. (2016). Qualitative evaluation of historical and relational factors influencing pregnancy and sexually transmitted infection risks in foster youth. *Children and Youth Services Review*, 61, 245-252. doi:10.1016/j.childyouth.2015.12.027
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Aparicio, E. M. (2017). « I want to be better than you: » lived experiences of intergenerational child maltreatment prevention among teenage mothers in and beyond foster care. *Child and Family Social Work*, 22(2), 607-616. doi:10.1111/cfs.12274
- Aparicio, E., Pecukonis, E. V. et O'Neale, S. (2015). « The love that I was missing »: Exploring the lived experience of motherhood among teen mothers in foster care. *Children and Youth Services Review*, 51, 44-54. doi:10.1016/j.childyouth.2015.02.002
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
- Auslander, W., Sterzing, P., Threlfall, J., Gerke, D. et Edmond, T. (2016). Childhood abuse and aggression in adolescent girls involved in child welfare: The role of depression and posttraumatic stress. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 9(4), 359-368. doi:10.1007/s40653-016-0090-3

- Ayotte, M.-H., Lanctôt, N. et Tourigny, M. (2017). The association between the working alliance with adolescent girls in residential care and their trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child and Youth Care Forum*, 46(4), 601-620. doi:10.1007/s10566-017-9398-x
- Beers, S. R. et De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486. doi:10.1176/appi.ajp.159.3.483
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, David P, Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. et Horwood, L. J. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 151-160. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01830.x
- Boonstra, H. D. (2011). Teen pregnancy among young women in foster care: A primer. *Guttmacher Policy Review*, 14(1), 8-19. Repéré à <https://www.guttmacher.org/gpr/2011/06/teen-pregnancy-among-young-women-foster-care-primer>

- Brand, G., Morrison, P., Down, B. et Westbrook, B. (2014). Scaffolding young Australian women's journey to motherhood: A narrative understanding. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 497-505. doi:10.1111/hsc.12106
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2011). Trauma Symptom Inventory-2: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. et Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women. *Trauma, Violence and Abuse*, 10(4), 375-388.
- Briere, J. et Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 515-527. doi:10.1016/j.psc.2015.05.004
- Cavanaugh, C. E. (2013). Brief report: The influence of posttraumatic stress on unprotected sex among sexually active adolescent girls and boys involved in the child welfare system of the United States. *Journal of Adolescence*, 36(5), 835-837. doi:10.1016/j.adolescence.2013.07.004
- Children's Bureau of the US Department of Health and Human Services. (2014). *Child welfare outcomes*. Washington, DC: Department of Health and Human Services. Repéré à <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/cwo-09-12>

- Child Welfare Information Gateway. (2016). *Racial disproportionality and disparity in child welfare*. Washington, DC: Department of Health and Human Services. Repéré à [https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/racial\\_disproportionality.pdf](https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/racial_disproportionality.pdf)
- Chung, H. W., Kim, E. M. et Lee, J.-E. (2018). Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 69, 180-188. doi:10.1016/j.adolescence.2018.10.007
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. doi:10.1007/s11469-011-9323-8
- Combs, K. M., Begun, S., Rinehart, D. J. et Taussig, H. (2018). Pregnancy and childbearing among young adults who experienced foster care. *Child Maltreatment*, 23(2), 166-174. doi:10.1177/1077559517733816
- Connolly, J., Heifetz, M. et Bohr, Y. (2012). Pregnancy and motherhood among adolescent girls in child protective services: A meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Public Child Welfare*, 6(5), 614-635. doi:10.1080/15548732.2012.723970
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents: White paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force*. (p. 41). Durham, NC: National Child Traumatic Stress Network.

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Courtney, M. E. et Dworsky, A. (2006). Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA. *Child and Family Social Work*, 11(3), 209-219.
- Courtney, M. E., Dworsky, A., Cusick, G. R., Havlicek, J., Perez, A. et Keller, T. (2007). *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth – Chapin Hall*. (p. 83). Chicago, IL: University of Chicago. Repéré à <https://www.chapinhall.org/research/midwest-evaluation-of-the-adult-functioning-of-former-foster-youth/>
- Dahinten, V. S., Shapka, J. D. et Willms, J. D. (2007). Adolescent children of adolescent mothers: The impact of family functioning on trajectories of development. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(2), 195-212. doi:10.1007/s10964-006-9140-8
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Darnell, D., Flaster, A., Hendricks, K., Kerbrat, A. et Comtois, K. A. (2019). Adolescent clinical populations and associations between trauma and behavioral and emotional problems. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 266-273. doi:10.1037/tra0000371

- De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172.  
doi:10.1177/1077559505275116
- Doyle, J. J. (2007). Child protection and child outcomes: Measuring the effects of foster care. *The American Economic Review*, 97(5), 1583-1610.
- Dworsky, A. (2015). Child welfare services involvement among the children of young parents in foster care. *Child Abuse and Neglect*, 45, 68-79. doi:10.1016/j.chiabu.2015.04.005
- Dworsky, A. et Courtney, M. E. (2010). The risk of teenage pregnancy among transitioning foster youth: Implications for extending state care beyond age 18. *Children and Youth Services Review*, 32, 1351-1356. doi:10.1016/j.chilyouth.2010.06.002
- Edens, J. F., Otto, R. K. et Dwyer, T. J. (1998). Susceptibility of the Trauma Symptom Inventory to malingering. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 379-392.
- Esposito, T., Trocmé, N., Chabot, M., Shlonsky, A., Collin-Vézina, D. et Sinha, V. (2013). Placement of children in out-of-home care in Québec, Canada: When and for whom initial out-of-home placement is most likely to occur. *Children and Youth Services Review*, 35(12), 2031-2039. doi:10.1016/j.chilyouth.2013.10.010
- Everson, M. D., Smith, J. B., Hussey, J. M., English, D., Litrownik, A. J., Dubowitz, H., ... Runyan, D. K. (2008). Concordance between adolescent reports of childhood abuse and child protective service determinations in an at-risk sample of young adolescents. *Child Maltreatment*, 13(1), 14-26. doi:10.1177/1077559507307837

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4<sup>e</sup> éd.). London, UK: Sage Publications.
- Font, S. A., Cancian, M. et Berger, L. M. (2019). Prevalence and risk factors for early motherhood among low-income, maltreated, and foster youth. *Demography*, 56(1), 261-284.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Gallitto, E., Lyons, J., Weegar, K. et Romano, E. (2017). Trauma-symptom profiles of adolescents in child welfare. *Child Abuse and Neglect*, 68, 25-35.
- Garwood, S. K., Gerassi, L., Jonson-Reid, M., Plax, K. et Drake, B. (2015). More than poverty: The effect of child abuse and neglect on teen pregnancy risk. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 164-168. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.05.004
- Geronimus, A. T. (2003). Damned if you do: culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social Science and Medicine*, 57(5), 881-893. doi:10.1016/S0277-9536(02)00456-2
- Gibb, S. J., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. et Boden, J. M. (2015). Early motherhood and long-term economic outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 25(1), 163-172. doi:10.1111/jora.12122

- Gonzalez-Blanks, A. et Yates, T. M. (2015). Sexual risk-taking among recently emancipated female foster youth: Sexual trauma and failed family reunification experiences. *Journal of Research on Adolescence*, 26(4), 819-829. doi:10.1111/jora.12232
- Goyette, M. (2009). *Jeunes femmes à risque de maternité précoce et jeunes femmes enceintes ou mères issues des centres jeunesse : leur profil, leur devenir et les pistes d'intervention en vue de soutenir leur passage à la vie adulte*. (p. 75). Montréal: École nationale d'administration publique. Repéré à <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2012/01/030277548.pdf>
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., Osterman, M. J. K. et Curtain, S. C. (2015). *Births: Preliminary data for 2014. Centers for Disease Control And Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 64(6), 1-19.
- Harding, D. J. (2003). Counterfactual models of neighborhood effects: The effect of neighborhood poverty on dropping out and teenage pregnancy. *American Journal of Sociology*, 109(3), 676-719.
- Hébert, S. et Lanctôt, N. (2016). Les adolescentes placées en centre de réadaptation : regard sur l'instabilité à travers l'étude de leurs parcours de placements. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 63-85. doi:<https://doi.org/10.7202/1039158ar>
- Hosmer, D. et Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Wiley Series in Probability and Statistics.



- Hotz, V. J., McElroy, S. W. et Sanders, S. G. (2005). Teenage childbearing and its life cycle consequences. *Journal of Human Resources*, 40(3), 683-715. doi:10.3368/jhr.XL.3.683
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Le bilan démographique du Québec : Édition 2018*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Le bilan démographique du Québec : Édition 2016*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Belsky, J. et Silva, P. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13(2), 377-397.
- James, S., Montgomery, S. B., Leslie, L. K. et Zhang, J. (2009). Sexual risk behaviors among youth in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 31(9), 990-1000. doi:10.1016/j.childyouth.2009.04.014
- Kearney, M. S. et Levine, P. B. (2012). Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter? *Journal of Economic Perspectives*, 26(2), 141-163.
- Kerig, P. K., Ward, R. M., Vanderzee, K. L. et Arnzen Moeddel, M. (2009). Posttraumatic stress as a mediator of the relationship between trauma and mental health problems among juvenile delinquents. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(9), 1214-1225.
- King, B. (2017). First births to maltreated adolescent girls: Differences associated with spending time in foster care. *Child Maltreatment*, 22(2), 145-157. doi:10.1177/1077559517701856

- King, B., Putnam-Hornstein, E., Cederbaum, J. A. et Needell, B. (2014). A cross-sectional examination of birth rates among adolescent girls in foster care. *Children and Youth Services Review*, 36, 179-186. doi:10.1016/j.childyouth.2013.11.007
- King, B. et Van Wert, M. (2017). Predictors of early childbirth among female adolescents in foster care. *Journal of Adolescent Health*, 61(2), 226-232. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.02.014
- King, D. C., Abram, K. M., Romero, E. G., Washburn, J. J., Welty, L. J. et Teplin, L. A. (2011). Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*, 62(12), 1430-1438. doi:10.1176/appi.ps.004412010
- Lanctôt, N. (2006). Les adolescentes prises en charge par le centre jeunesse: que deviennent-elles au tournant de la vingtaine? *Défi jeunesse*, 12(2), 3-8.
- LaRosa, E., Consoli, S. M., Hubert-Vadenay, T. et LeClésiau, H. (2005). Facteurs associés au risque suicidaire chez les jeunes consultants d'un centre de prévention sanitaire et sociale. *L'Encéphale*, 31(3), 289-299. doi:10.1016/S0013-7006(05)82393-0
- Layne, C. M., Greeson, J. K. P., Ostrowski, S. A., Kim, S., Reading, S., Vivrette, R. L., ... Pynoos, R. S. (2014). Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), 40-49. doi:10.1037/a0037799

- Lee, S. (2009). *The role of foster care placement in later problem behavior*. (Thèse de doctorat inédite). Washington University, Saint Louis, Missouri. Repéré dans la base de données ProQuest Information and Learning, US.
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J. et Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 26-34. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.032
- Love, L. T., McIntosh, J., Ross, M. et Tertzakian, K. (2005). *Fostering hope - Preventing teen pregnancy among youth in foster care*. Washington, DC : National Campaign to prevent teen pregnancy. Repéré à [https://www.michigan.gov/documents/mdch/Fostering\\_Hope\\_-\\_Preventing\\_Teen\\_Pregnancy\\_Amond\\_Youth\\_in\\_Fo\\_313120\\_7.pdf](https://www.michigan.gov/documents/mdch/Fostering_Hope_-_Preventing_Teen_Pregnancy_Amond_Youth_in_Fo_313120_7.pdf)
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., Couto e Cruz, C. et Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545.e31. doi:10.1016/j.ajog.2017.04.021
- McDevitt-Murphy, M. E., Weathers, F. W. et Adkins, J. W. (2005). The use of the Trauma Symptom Inventory in the assessment of PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 63-67. doi:10.1002/jts.20003
- Mills, R., Kisely, S., Alati, R., Strathearn, L. et Najman, J. (2016). Self-reported and agency-notified child sexual abuse in a population-based birth cohort. *Journal of psychiatric research*, 74, 87-93. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.12.021

- Naughton, A. M., Cowley, L. E., Tempest, V., Maguire, S. A., Mann, M. K. et Kemp, A. M. (2017). Ask Me! self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment: a rapid systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 43(3), 348-360.
- Noll, J. G., Guastafarro, K., Beal, S. J., Schreier, H. M. C., Barnes, J., Reader, J. M. et Font, S. A. (2018). Is sexual abuse a unique predictor of sexual risk behaviors, pregnancy, and motherhood in adolescence? *Journal of Research on Adolescence*. doi:10.1111/jora.12436
- Noll, J. G. et Shenk, C. E. (2013). Teen birth rates in sexually abused and neglected females. *Pediatrics*, 131(4), 1181-1187.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*, 9(11), e1001349-e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2016). *Comment va la vie ? : Mesurer le bien-être*. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1787/how\\_life-2015-fr](http://dx.doi.org/10.1787/how_life-2015-fr).
- Organisation mondiale de la santé. (2016). *La maltraitance des enfants*. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.

- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M. et Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220. doi:10.7202/008831ar
- Pecora, P. J. (2010). Why should child welfare focus on promoting placement stability? Dans T. LaLiberte et E. Snyder (dir.), *CW360: A comprehensive look at prevalent child welfare issues* (p. 4-5). Saint Paul, MN: Center for Advanced Studies in child welfare.
- Pryce, J. M. et Samuels, G. M. (2010). Renewal and risk: The dual experience of young motherhood and aging out of the child welfare system. *Journal of Adolescent Research*, 25(2), 205-230. doi:10.1177/0743558409350500
- Putnam-Hornstein, E. et King, B. (2014). Cumulative teen birth rates among girls in foster care at age 17: An analysis of linked birth and child protection records from California. *Child Abuse and Neglect*, 38(4), 698-705. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.021
- Rubin, D. M., O'Reilly, A. L. R., Luan, X. et Localio, A. R. (2007). The impact of placement stability on behavioral well-being for children in foster care. *Pediatrics*, 119(2), 336-344. doi:10.1542/peds.2006-1995
- Serbin, L. A., Dale, S. M., De Genna, N. M., Grunzeweig, N., Temcheff, C. E., Schwartzman, A. E. et Ledingham, J. (2004). When aggressive girls become mothers. Dans M. Putallaz et K. L. Bierman (dir.), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls: A developmental perspective* (p. 262-285). New York, NY : Guilford Publications.

- Scher, C. D., Stein M. B., Asmundson, G. J., McCreary, D. R. et Forde, D. R. (2001). The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 843-857.
- Shanahan, M. J. (2000). Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annual Review of Sociology, 26*, 667-692. doi:10.1146/annurev.soc.26.1.667
- Shaw, T. V., Barth, R. P., Svoboda, D. V. et Shaik, N. (2010). *Fostering safe choices*. Baltimore, MD: University of Maryland, Baltimore School of Social Work.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., Peugh, J. L., Griffin, A. M. et Bensman, H. E. (2016). Contamination in the prospective study of child maltreatment and female adolescent health. *Journal of Pediatric Psychology, 41*(1), 37-45. doi:10.1093/jpepsy/jsv017
- Shpiegel, S. et Cascardi, M. (2015). Adolescent parents in the first wave of the national youth in transition database. *Journal of Public Child Welfare, 9*(3), 277-298.
- Shpiegel, S., Cascardi, M. et Dineen, M. (2017). A social ecology analysis of childbirth among females emancipating from foster care. *Journal of Adolescent Health, 60*(5), 563-569. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.09.013

- Spann, M. N., Mayes, L. C., Kalmar, J. H., Guiney, J., Womer, F. Y., Pittman, B., ... Blumberg, H. P. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 18(2), 182-189. doi:10.1080/09297049.2011.595400
- Stock, J. L., Bell, M. A., Boyer, D. K. et Connell, F. A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 29(5), 200-203.
- Summersett-Ringgold, F., Jordan, N., Kisiel, C., Sax, R. M. et McClelland, G. (2018). Child strengths and placement stability among racial/ethnic minority youth in the child welfare system. *Child Abuse and Neglect*, 76, 561-572. doi:10.1016/j.chiabu.2017.09.014
- Svoboda, D. V., Shaw, T. V., Barth, R. P. et Bright, C. L. (2012). Pregnancy and parenting among youth in foster care: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 867-875. doi:10.1016/j.chilyouth.2012.01.023
- Tabachnik, B. G. et Fidell, L. S. (2018). *Using multivariate statistics (6<sup>e</sup> éd.)*. Uttar Pradesh, Inde: Pearson Education.
- Teicher, M. H. et Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 57(3), 241-266. doi:10.1111/jcpp.12507

- Thompson, R., Lewis, T., Neilson, E. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Margolis, B., ... Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and risky sexual behavior: Indirect effects through trauma symptoms and substance use. *Child Maltreatment*, 22(1), 69-78. doi:10.1177/1077559516674595
- Thompson, R. et Neilson, E. C. (2014). Early parenting: The roles of maltreatment, trauma symptoms, and future expectations. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1099-1108. doi:10.1016/j.adolescence.2014.08.003
- Trickett, P. K., Noll, J. G. et Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476. doi:10.1017/S0954579411000174
- Turcotte, D. (2010). *Évaluation des impacts de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse au Québec* (Rapport n° 2008-PJ-124724). Fonds québécois de recherche sur la société et la culture. Repéré à [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC\\_TurcotteD\\_annexes\\_loi-jeunesse.pdf/e0432520-0f7a-407e-ba59-3a297728ef05](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_TurcotteD_annexes_loi-jeunesse.pdf/e0432520-0f7a-407e-ba59-3a297728ef05)
- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D. et Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 38(1), 114-122. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.015



- van Vugt, E., Lanctôt, N., Paquette, G. et Lemieux, A. (2017). La transition des jeunes femmes hors des centres de réadaptation : Mieux comprendre le rôle de l'agression sexuelle sur des mineures et des symptômes liés au trauma. *Criminologie*, 50(1), 127-155. doi:10.7202/1039799ar
- Villodas, M. T., Litrownik, A. J., Newton, R. R. et Davis, I. P. (2016). Long-term placement trajectories of children who were maltreated and entered the child welfare system at an early age: Consequences for physical and behavioral well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(1), 46-54. doi:10.1093/jpepsy/jsv031
- Vinnerljung, B., Franzén, E. et Danielsson, M. (2007). Teenage parenthood among child welfare clients: A Swedish national cohort study of prevalence and odds. *Journal of Adolescence*, 30(1), 97-116.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. et Berlin, M. (2017). Placement breakdowns in long-term foster care - a regional Swedish study. *Child and Family Social Work*, 22(1), 15-25. doi:10.1111/cfs.12189
- Wright, K. D., Asmundson, G. J., McCreary, D. R., Scher, C., Ami, S. et Stein, M. B. Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in men and women. (2001). *Depression and Anxiety*, 13(4), 179-183.

## ANNEXE A. LE PROCESSUS DE RECENSION DES ÉCRITS

Tableau 4. La définition des mots-clefs

Concept	Mots-clefs	Ajustement des critères (NOT)
<b>Maternité précoce</b>	early ou adolescen* ou teen* ou youth ou young ou girl* N1 mother* ou pregnan* ou childb* ou parenthood ou parenting ou birth.	
<b>Maltraitance</b>	abus* ou mistreatment ou maltreatment ou violence ou neglect* ou negligen*	Sexually transmitted disease ou abortion ou intervention ou program
<b>Caractéristiques des placements</b>	placement N1 pattern* ou instability ou stability ou chang*	disease ou health* ou pharmac* ou polypharma* ou prevent* ou skill* ou africa* ou black ou jordan* ou chin* ou maori* ou aborigin* ou niger* ou amerindian ou STD ou intergeneration* ou adopt* ou academic* ou legal ou education* ou substance ou emotion*
<b>Symptômes traumatiques</b>	trauma* ou post-trauma* ou "post trauma*" ou posttraumatic*.	
<b>Population</b>	residential ou social ou foster ou child ou protective ou foster N1 care ou services ou protection ou welfare.	

Tableau 5. Le décompte des études recensées

Question de recension Critères de recension	Caractéristiques des placements et maternité précoce (recherche initiale) <sup>3</sup>	Instabilité des placements et maternité précoce (recherche élargie)	Maltraitance subie et maternité précoce	Symptômes traumatiques et maternité précoce
<b>Nb d'études obtenues</b>	8	1089	825	167
<b>Nb d'études conservées après élimination des doublons</b>	8	758 (retrait = 331)	479 (retrait = 346)	101 (retrait = 66)
<b>Nb d'études retenues sur la base des critères d'inclusion :</b>				
Études empiriques	8	578 (retrait = 180)	425 (retrait = 54)	93 (retrait = 8)
Population appropriée (genre, provenance géographique, ayant reçu des services, primipare) et thèmes en lien avec les concepts à l'étude	2 (retrait = 6)	23 (retrait = 555)	93 (retrait = 332)	16 (retrait = 77)
<b>Nb d'études retenues sur la base des critères d'exclusion :</b>				
Effets sur l'enfant	-	15 (retrait = 8)	92 (retrait = 1)	-
Perceptions et vécu de l'adolescente face à la maternité	-	7 (retrait = 8)	88 (retrait = 4)	15 (retrait = 1)
Transmission intergénérationnelle	-	-	30 (retrait = 58)	4 (retrait = 9)
Aspect médical uniquement		-	-	1 (retrait = 3)
Prévention/programmes	-	-	9 (retrait = 21)	-
<b>Résultats finaux (incluant des doublons entre les sous-questions de recension)</b>	2	7	9	1

<sup>3</sup> Une recherche initiale sur l'instabilité des placements, la maternité précoce et la population à l'étude n'a conduit qu'à huit résultats. Une recherche élargie a donc été conduite, comprenant les mots-clefs relatifs aux concepts de placement et de maternité précoce, sans la catégorie relative à la population à l'étude. Devant le nombre substantiel de résultats, les critères ont été ajustés par l'ajout de mots-clefs d'exclusion.

Nb d'études conservées (sans doublon)	10 <sup>4</sup>
---------------------------------------	-----------------

---

<sup>4</sup> En mai 2019, une mise à jour de la recension des écrits a conduit à l'ajout de trois articles aux études recensées (Font *et al.*, 2019; Noll *et al.*, 2018; Shpiegel *et al.*, 2017). Ces articles n'ont pas été dénombrés au tableau 5 ci-haut, mais ont été pris en considération à travers l'ensemble de ce mémoire.

## **ANNEXE B. LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES**

Dans cette annexe sont présentées tour à tour les caractéristiques méthodologiques des études recensées, les variables étudiées et les caractéristiques de leurs échantillons.

### **1. LES CONCEPTS ÉTUDIÉS, LES OBJECTIFS, LES ANALYSES ET LES DEVIS DES ÉTUDES RECENSÉES**

Les concepts étudiés, l'objectif visé, les analyses effectuées et les devis utilisés dans le cadre des études recensées sont présentés au tableau 6 (p. 90). Les études y sont regroupées selon les concepts principaux à l'étude, qui correspondent à la question de recension. Il est à noter que trois auteurs ont émis des hypothèses guidant leur travail, tandis que les autres ont utilisé des objectifs de recherche. Les objectifs qui sont suivis d'une hypothèse sont identifiés par un astérisque, mais, par souci de synthèse, les hypothèses, souvent nombreuses, sont présentées à l'annexe C.

Plusieurs études ont utilisé le même type d'analyses, bien qu'en ayant un objectif différent. Le détail des objectifs est aussi présenté au tableau 6. Parmi l'ensemble des études recensées, dix ont débuté en analysant le taux de naissance de leurs participantes, généralement pour le comparer à la population générale ou à un groupe contrôle. Putnam-Hornstein et King (2014) sont les seuls auteurs à étudier l'association entre plusieurs caractéristiques liées au placement et la naissance d'un enfant par l'entremise d'analyses du risque relatif. L'association entre les variables prédictives et la maternité précoce a été analysée à l'aide de régression de Cox par sept études, et à l'aide de régressions hiérarchiques par une étude. Les quatre autres études ont utilisé des

régressions logistiques pour mettre en lien différentes variables prédictives avec la maternité précoce chez les adolescentes desservies par les centres de protection de la jeunesse (Lee, 2009; Noll et Shenk, 2013; Shpiegel *et al.*, 2017; Vinnerljung *et al.*, 2007).

La catégorisation des devis utilisés par les études, présentée au tableau 6, a été effectuée selon les définitions de Fortin et Gagnon (2016). Parmi les études recensées, dix sont réalisées sous la forme d'étude de cohorte prospective. Vinnerljung *et al.* (2007) ont pour leur part réalisé une étude de cohorte rétrospective, et deux études (Putnam-Hornstein et King, 2014 ; Thompson et Neilson, 2014) se basent sur un devis corrélationnel prédictif.

Tableau 6. Les concepts étudiés, les objectifs et les analyses des études recensées

Concepts étudiés	Auteurs (année)	Objectifs	Analyses	Devis
Maltraitance	Noll et Shenk (2013)	Déterminer si la maltraitance augmente le risque de maternité à l'adolescence*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de taux de naissance</li> <li>Régression logistique (rapport de cote)</li> </ul>	CP
	Garwood <i>et al.</i> (2015)	Comparer le risque de grossesse des adolescentes provenant de milieux défavorisés et ayant été signalées pour maltraitance au risque des adolescentes provenant d'un milieu socio-économique similaire, mais qui n'ont pas été signalées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de taux de naissance</li> <li>Analyses bivariées (<math>X^2</math> et analyses des courbes de survie)</li> <li>Analyses multivariées par régression de Cox (rapport de risque)</li> </ul>	CP
	Noll <i>et al.</i> (2018)	Déterminer si certaines formes de maltraitance sont associées à des variations dans les comportements sexuels à risque, parmi lesquels sont incluses la grossesse et la maternité précoce.*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyses bivariées (corrélations)</li> <li>Analyses multivariées par régressions hiérarchiques (rapport de cote)</li> </ul>	CP
Maltraitance et placement	King (2017)	Déterminer si connaître un placement (vs recevoir des services à la maison) est associé à un plus haut taux de naissance, et si cette association varie selon l'âge, l'ethnicité et la récurrence de la maltraitance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de taux de naissance</li> <li>Analyses bivariées (<math>X^2</math> et analyse de survie)</li> <li>Analyses multivariées par régression de Cox (rapport de risque)</li> </ul>	CP
	King et Van Wert (2017)	Déterminer les caractéristiques démographiques ainsi que les caractéristiques liées à la maltraitance et au placement qui prédisent la maternité précoce chez les adolescentes recevant des services des centres de protection.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de taux de naissance</li> <li>Analyses bivariées (<math>\chi^2</math>)</li> <li>Analyses multivariées par régression de Cox (rapport de risque)</li> </ul>	CP
	Dworsky et Courtney (2010)	Déterminer dans quelle mesure les adolescentes quittant les centres jeunesse à cause de l'âge de fin de service sont à risque de connaître une grossesse précoce. Déterminer comment ce risque se compare à celui des adolescentes de la population générale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de taux de naissance</li> <li>Analyses multivariées par régression de Cox (rapport de risque)</li> </ul>	CP
	Lee (2009)	Déterminer si le placement prédit les difficultés de comportement (dont la grossesse précoce) parmi les adolescentes ayant connu un placement ou celles ayant connu un placement et des services dans la famille d'origine, en comparaison avec celles ayant uniquement reçu des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appariement sur la base de scores de propension (<i>Propensity score matching</i>)</li> <li>Analyses de sensibilité (<i>Sensitivity analysis</i>)</li> <li>Analyses bivariées (<math>X^2</math> et méthode Kaplan Meier)</li> </ul>	CP

Concepts étudiés	Auteurs (année)	Objectifs	Analyses	Devis
		dans leur famille d'origine, en contrôlant les facteurs de risque et de protection individuels, familiaux et communautaires.*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse de survie</li> <li>Analyses multivariées par régression de Cox (rapport de risque)</li> </ul>	
		Déterminer quels aspects du placement sont les plus fortement associés à des difficultés de comportement (dont la grossesse précoce).		
	Doyle (2007)	Identifier l'effet causal du placement, en utilisant comme variable instrumentale une mesure de la tendance au placement des évaluateurs de centres de protection.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyses bivariées (<math>X^2</math>)</li> <li>Analyse des taux de naissance</li> <li>Régression binomiale par modèle probit</li> </ul>	CP
	Putnam-Hornstein et King (2014)	Générer de nouvelles données épidémiologiques qui caractériseront les taux de naissance chez les adolescentes ayant reçu des services en protection de la jeunesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des taux de naissance</li> <li>Risque relatif</li> </ul>	Corr. P
Placement	Vinnerljung <i>et al.</i> (2007)	Évaluer la prévalence et le risque de parentalité précoce chez les jeunes ayant reçu des services en protection de la jeunesse, et les comparer aux pairs de la population générale ayant un milieu socio-économique et des caractéristiques démographiques similaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des taux de naissance</li> <li>Régression logistique (rapport de cote)</li> </ul>	CR
	Shpiegel <i>et al.</i> (2017)	Identifier les facteurs de risque et de protection de la maternité précoce chez les adolescentes issues des centres de protection de la jeunesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des taux de naissance</li> <li>Analyses bivariées (<math>X^2</math>)</li> <li>Régression logistique (rapport de cote)</li> </ul>	CP
	Font <i>et al.</i> (2019)	Définir le risque de maternité précoce de trois groupes distincts (jeunes femmes 1-de milieux défavorisés ; 2-ayant reçu des services des centres de protection ; 3-ayant connu un placement), avant, pendant et après leur passage en centre de protection de la jeunesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse des taux de naissance</li> <li>Analyse de survie multivariée (rapport de risque)</li> </ul>	CP
Symptômes traumatiques et maltraitance	Thompson et Neilson (2014)	Identifier les prédicteurs de maternité chez les jeunes ayant connu de la maltraitance*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corrélations bivariées</li> <li>Analyse de survie bivariée</li> <li>Analyses multivariées par régression de Cox (rapport de cote)</li> </ul>	Corr. P
		Explorer comment ces variables sont associées à la parentalité précoce dans un contexte multivarié.		

Légende : \* : études ayant émis des hypothèses de recherche; CP : études de cohorte prospective; CR : étude de cohorte rétrospective; Corr. P : devis corrélationnel prédictif





## 2. LES VARIABLES DES ÉTUDES RECENSÉES

Les variables retenues par les études sont présentées au tableau 7, à la page 94. Les études y sont ordonnées chronologiquement, de la plus ancienne à la plus récente. Les sections suivantes synthétisent les informations relatives aux variables déterminées par la question de recension.

### 2.1 La variable prédite : La maternité précoce

Les définitions retenues par les auteurs pour caractériser la maternité varient sur le plan de l'âge établi (18, 19 ou 20 ans) pour qualifier une naissance ou une grossesse de précoce. Des divergences s'observent également sur ce qui constitue la maternité. Pour Dworsky et Courtney (2010), la variable prédite considérée est d'avoir connu une grossesse, sans égard à l'issue de cette grossesse. Dans le même ordre d'idées, Garwood *et al.* (2015) retiennent comme variable prédite d'avoir connu une grossesse avant 18 ou 19 ans ou d'avoir donné naissance à un enfant, selon l'information disponible. Pour dix autres études, la maternité représente avoir donné naissance à un enfant, et Noll *et al.* (2018) considèrent en deux variables prédites distinctes connaître une grossesse et donner naissance. Finalement, Thompson et Neilson (2014) se différencient des autres auteurs quant à la définition de la maternité utilisée dans leur étude. Les chercheurs ont en effet demandé aux participants de leur étude, ainsi qu'à leurs parents, s'ils étaient « devenus parents », ce qui semble référer non seulement à une grossesse à terme, mais aussi à une relation mère-enfant continue, voire à des situations d'adoption ou de recomposition familiale impliquant des enfants sans filiation biologique avec le répondant à l'étude.

## 2.2 Une variable prédictive : La maltraitance

Sur le plan de la maltraitance subie, les types de maltraitance étudiés varient. La majorité des études différencient les formes de maltraitance, et la plupart ont retenu spécifiquement l'agression sexuelle, la maltraitance physique et la négligence. Garwood *et al.* (2015) ainsi que Vinnerljung *et al.* (2007) rapportent avoir obtenu des informations sur la négligence et la maltraitance, mais ils ne précisent pas la forme de maltraitance à laquelle ils se réfèrent. À l'opposé, certaines études offrent un niveau de précision supplémentaire dans la définition de la maltraitance, par exemple en départageant la négligence sévère de la négligence générale (King, 2017 ; King et Van Wert, 2017). Les mêmes auteurs considèrent également la récurrence de cette maltraitance comme une variable prédictive supplémentaire. Trois études (King et Van Wert, 2017; King, 2017; Putnam-Hornstein et King, 2014) différencient en variables distinctes la maltraitance subie au cours de la vie et la maltraitance comme raison menant au placement. Toutes les études sauf une ont utilisé les données administratives provenant des centres de protection de l'enfance pour établir la présence de maltraitance. Seule l'étude de Dworsky et Courtney (2010) a mesuré la maltraitance autorapportée par les participantes. Pour la mesure des sévices physiques et de la négligence, 16 items du *Lifetime Experiences Questionnaire* (Gibb *et al.*, 2001, dans Dworsky et Courtney, 2010) ont été utilisés. L'agression sexuelle a été mesurée par l'entremise de 7 items tirés du *National Survey of Adolescents* (Kilpatrick et Saunders, 1995, dans Dworsky et Courtney, 2010).

Tableau 7. Les variables des études recensées

	Caractéristiques de la maltraitance									Placement						Symptômes traumatiques	Maternité						
	Agression sexuelle	Séviesses physiques	Négligence	Violence psych.	Sévérité	Non spécifié	Réurrence	Âge de survenue	Raison du placement	Présence	Durée	Âge au placement	Nombre	Réurrence	Type de sorties		Type	G avant 18 ans	G. ou N. avant 18 ans	N. avant 18 ans	G. avant 19 ans	N. avant 19 ans	N. avant 20 ans
Vinnerljung <i>et al.</i> (2007)										X	X	X				X							X
Doyle (2007)	n. d.	n. d.	X	n. d.		X		X		X									X				
Lee (2009)	X	X	X									X	X			X			X				
Dworsky et Courtney (2010)	X	X	X								X		X	X	X	X		X			X		
Noll et Shenk (2013)	X	X	X																		X		
Putnam-Hornstein et King (2014)	X	X	X		X				X		X		X		X	X			X		X	X	X
Thompson et Neilson (2014)	X	X	X	X													X				X		
Garwood <i>et al.</i> (2015)						X												X					
King (2017)	X	X	X	X	X		X	X		X													X
King et Van Wert (2017)	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X		X							X
Shpiegel <i>et al.</i> (2017)										X			X		X	X					X		
Noll <i>et al.</i> (2018)	X	X	X										X	X	X	X				X	X		
Font <i>et al.</i> (2019)										X	X		X	X	X	X			X				

Légende : psych. : psychologique; G. : grossesse; N. : naissance d'un premier enfant; n. d. : données non disponibles

### **2.3 Une variable prédictive : L'instabilité des placements**

La définition des caractéristiques du placement présente une grande hétérogénéité à travers les études recensées. Bien que les informations relatives aux placements proviennent toutes des données administratives des centres de protection de l'enfance, les auteurs ne se sont pas appuyés sur les mêmes caractéristiques pour leur étude. Ainsi, les variables les plus fréquemment étudiées sont l'âge de la participante au moment du placement, ainsi que le nombre, la durée et le type de placements. Pour les études de King et Van Wert (2017) et Putnam-Hornstein et King (2014), la raison du placement réfère au type de maltraitance ayant motivé le placement de la participante. Cette conceptualisation se distingue des autres études, puisque les auteurs différencient les types de maltraitance que les participantes ont connus au cours de leur vie du type de maltraitance qui a conduit au placement.

### **2.4 Une variable prédictive : Les symptômes traumatiques**

Thompson et Neilson (2014) sont les seuls auteurs des études recensées à avoir considéré les symptômes traumatiques comme une variable prédictive de la maternité précoce. L'instrument de mesure *Trauma Symptom Checklist for Children* ([TSCC] Briere, 1996) a été utilisé pour évaluer de façon autorapportée la présence de ces symptômes traumatiques. Cet outil classe les symptômes traumatiques en six dimensions, soit l'anxiété, la dépression, la colère, le stress post-traumatique, la dissociation et les perturbations sexuelles.

## 2.5 Les variables de contrôle

Plusieurs études ont également ajouté à leurs analyses des variables de contrôle. Ainsi, Garwood *et al.* (2015) et Font *et al.* (2019) considèrent la pauvreté comme variable contrôle de la maternité précoce, afin de différencier l'effet de la pauvreté de celui de la maltraitance subie ou des caractéristiques des placements sur le risque de maternité des adolescentes. Le statut socio-économique de la famille d'origine est contrôlé dans trois autres études (Garwood *et al.*, 2015; Thompson et Neilson, 2014; Vinnerljung *et al.*, 2007) et les caractéristiques de la famille d'origine, du quartier ou des pratiques sexuelles des adolescentes sont également contrôlées dans l'une ou l'autre des études (Doyle, 2007; Dworsky et Courtney, 2010; Garwood *et al.*, 2015; Lee, 2009; Noll et Shenk, 2013; Noll *et al.*, 2018; Vinnerljung, Franzén et Danielsson, 2007). L'ethnicité de l'adolescente est contrôlée par la majorité des études, mais Vinnerljung *et al.* ainsi que Dworsky et Courtney ne l'ont pas incluse à leurs analyses. Parmi les autres variables contrôles examinées se trouvent notamment l'environnement géographique (Doyle, 2007), les difficultés psychosociales et la qualité de la relation avec un adulte significatif (Dworsky et Courtney, 2010), ainsi que l'historique de grossesse préalable à l'étude (Noll et Shenk, 2013).

## 3. LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉCHANTILLONS DES ÉTUDES RECENSÉES

Bien que la grande majorité des échantillons provienne des États-Unis (un seul provient de Suède), les caractéristiques de chacun diffèrent, comme illustré au tableau 8 (p. 97). Les études sont présentées par ordre chronologique. Parmi l'ensemble des études, neuf s'appuient entièrement sur des données administratives. Seulement cinq études (Dworsky et Courtney, 2010; Noll et Shenk, 2013; Noll *et al.*, 2018; Shpiegel *et al.*, 2017; Thompson et Neilson, 2014) ont obtenu des

renseignements par l'entremise d'entrevues avec les participantes<sup>5</sup>, données qui ont ensuite été couplées à des données administratives. Puisqu'il s'agissait d'un critère de sélection des études recensées, tous les échantillons des études recensées sont composés d'au moins un groupe d'adolescentes ayant reçu des services en protection de la jeunesse. Il s'agit donc d'une population clinique. Dans quatre études (Dworsky et Courtney, 2010; Font *et al.*, 2019; Noll *et al.*, 2018; Vinnerljung *et al.*, 2007), ces sous-groupes d'adolescentes sont comparés à un groupe témoin constitué de jeunes filles de la population générale. La taille des échantillons pour les groupes cas varie de 115 à 85 766 participantes. Enfin les données recueillies à travers les études concernent les participantes de leur naissance jusqu'à l'âge maximal de 28 ans.

Tableau 8. Les caractéristiques des échantillons des études recensées

Auteurs	Type de pop.	Type de données	Taille (n)	Période d'échantillonnage et de suivi	Âge	% de p.
<b>Vinnerljung <i>et al.</i> (2007)</b>	Clinique et générale	Administratives	1 178 207	1972-1983	n. d.	45,2 %
<b>Doyle (2007)</b>	Clinique	Administratives	20 091	1990 à 2003	5 à 28 ans	100 %
<b>Lee (2009)</b>	Clinique	Administratives	265	1982-1994 Jusqu'à 2006	0 à 24 ans	100 %
<b>Dworsky et Courtney (2010)</b>	Clinique et générale	Cliniques et administratives	603	1996 à 2002	17 à 19 ans	100 %
<b>Noll et Shenk (2013)</b>	Clinique	Cliniques et administratives	514	2007 à 2012	14 à 22 ans	100 %
<b>Putnam-Hornstein et King (2014)</b>	Clinique	Administratives	20 222	2001 à 2010	17 ans à 24 ans	100 %
<b>Thompson et Neilson (2014)</b>	Clinique	Cliniques et administratives	115	n. d.	12 à 18 ans	100 %
<b>(Garwood <i>et al.</i>, 2015)</b>	Clinique	Administratives	3 281	1993-1994 Jusqu'à 2009	0 à 17 ans	100 %

<sup>5</sup> Puisque 9 études sur 13 sont constituées uniquement d'individus du sexe féminin, le terme « participantes » a été privilégié.

<b>King (2017)</b>	Clinique	Administratives	85 766	1989 à 2010	10 à 21 ans	100 %
<b>King et Van Wert (2017)</b>	Clinique	Administratives	30 339	1989 à 2010	10 à 21 ans	100 %
<b>Noll <i>et al.</i> (2018)</b>	Clinique	Cliniques et administratives	435	2007 à 2012	14 à 19 ans	100 %
<b>Sphiegel <i>et al.</i> (2017)</b>	Clinique	Cliniques et administratives	3 474	n. d.	17 à 21 ans	100 %
<b>Font <i>et al.</i> (2019)</b>	Clinique et générale	Administratives	71 824	2004-2015	7 à 20 ans	100 %

Légende : pop. : population; p. : participantes; n. d. : données non disponibles



## ANNEXE C. LES OBJECTIFS ET LES HYPOTHÈSES DES ÉTUDES RECENSÉES

Tableau 9. Les objectifs et les hypothèses de chacune des études recensées.

Auteurs (année)	Hypothèses (hyp.) ou objectifs (obj.)
<b>Lee (2009)</b>	Obj.1 : Déterminer si le placement prédit les difficultés de comportement (dont la grossesse précoce) parmi les adolescentes ayant connu un placement ou celles ayant connu un placement et des services dans la famille d'origine, en comparaison avec celles ayant uniquement reçu des services dans leur famille d'origine, en contrôlant les facteurs de risque et de protection individuels, familiaux et communautaires.
	Hyp. 1.1 : Les enfants ayant connu un placement et des services dans leur famille d'origine seront plus à risque de connaître des difficultés de comportement.
	Hyp. 1.2 : Connaître un placement est associé à un plus haut risque de difficultés de comportement.
	Obj. 2 : Déterminer quels aspects du placement sont plus fortement associés à des difficultés de comportement.
	Hyp.2.1 : Le risque de difficulté de comportement sera plus élevé chez les enfants placés pour maltraitance que chez ceux placés pour d'autres raisons.
	Hyp. 2.2 : Être placé en famille d'accueil ou chez un membre de la famille élargie est associé à un plus faible risque de difficultés de comportement qu'être placé dans un centre de réadaptation.
	Hyp.2.3 : Une durée de placement plus longue est associée à plus de difficultés de comportement.
	Hyp.2.4 : Un plus grand nombre changements lors d'un épisode de placement est associé à plus de difficultés de comportement.
	Hyp. 2.5 : Un plus grand nombre d'épisodes de placement est associé à plus de difficultés de comportement.
	Hyp. 2.6 : Les enfants étant toujours demeurés dans un centre de réadaptation sont plus à risque de difficultés de comportement que ceux n'étant pas toujours demeurés dans un centre de réadaptation.
<b>Doyle (2007)</b>	Obj. : Identifier l'effet causal du placement sur des enfants d'âge scolaire, en utilisant comme variable instrumentale une mesure de la tendance au placement des évaluateurs de centres de protection.
<b>Putnam-Hornstein et King (2014)</b>	Obj. : Générer de nouvelles données épidémiologiques qui caractériseront les taux de naissance chez les adolescentes ayant reçu des services en protection de la jeunesse.
<b>Vinnerljung et al. (2007)</b>	Obj. : Évaluer la prévalence et le risque de parentalité précoce chez les jeunes ayant reçu des services en protection de la jeunesse, et les comparer aux pairs de la population générale ayant un milieu socio-économique et des caractéristiques démographiques similaires.
<b>Thompson et Neilson (2014)</b>	Obj.1 : Identifier les prédicteurs de maternité chez les jeunes ayant connu de la maltraitance.
	Hyp.1.1 : La maltraitance prédit les risques de parentalité précoce.

Auteurs (année)	Hypothèses (hyp.) ou objectifs (obj.)
	<p>Hyp.1.2 : Les symptômes traumatiques prédisent la parentalité précoce.</p> <p>Obj. 2 : Explorer comment ces variables sont associées à la parentalité précoce dans un contexte multivarié.</p>
	Obj. : Déterminer si la maltraitance augmente le risque de maternité à l'adolescence.
<b>Noll et Shenk (2013)</b>	Hyp. 1 : La maltraitance augmente le risque de maternité, au-delà des facteurs socio-économiques et des autres facteurs de risques identifiés (niveau d'activités sexuelles et utilisation de contraception).
	Hyp. 2 : Les agressions sexuelles auront un effet plus fort sur les taux de naissance que les autres formes de maltraitance.
<b>Garwood <i>et al.</i> (2015)</b>	Obj. : Comparer le risque de grossesse des adolescentes provenant de milieux défavorisés et recevant des services en protection de la jeunesse au risque des adolescentes provenant d'un milieu socio-économique similaire, mais qui ne reçoivent pas de services.
<b>King (2017)</b>	Obj. : Déterminer si connaître un placement (vs recevoir des services à la maison) est associé à un plus haut taux de naissance, et si cette association varie selon l'âge, l'ethnicité et la récurrence de la maltraitance.
<b>King et Van Wert (2017)</b>	Obj. : Déterminer les caractéristiques démographiques ainsi que les caractéristiques liées à la maltraitance et au placement qui prédisent la maternité précoce chez les adolescentes recevant des services des centres de protection.
<b>Dworsky et Courtney (2010)</b>	Obj. 1: Déterminer dans quelle mesure les adolescentes quittant les centres jeunesse à cause de l'âge de fin de service sont à risque de connaître une grossesse précoce.
	Obj.2 : Déterminer comment ce risque se compare aux adolescentes de la population générale.
<b>Noll <i>et al.</i> (2018)</b>	Obj. 1 : Déterminer si certaines formes de maltraitance sont associées à des variations dans les comportements sexuels à risque, parmi lesquels sont inclut la grossesse et la maternité précoce, tout en tenant compte d'un ensemble d'autres variables.
	Hyp. 1 : Les agressions sexuelles seront prédictrices des comportements sexuels à risque, de la grossesse précoce et de la maternité précoce, malgré l'influence d'autres variables.
	Hyp. 2 : Les associations entre les sévices physiques et la maltraitance avec les comportements sexuels à risque, la grossesse précoce et la maternité précoce sera mieux expliquée par l'influence d'un ensemble d'autres variables.
<b>Shpiegel <i>et al.</i> (2017)</b>	Obj. 1: Identifier les facteurs de risque et de protection présents à 17 ans et prédisant la maternité entre 17 et 19 ans.
<b>Font <i>et al.</i> (2019)</b>	Obj. 1 : Définir le risque de maternité précoce de trois groupes distincts (jeunes femmes 1-de milieux défavorisés ; 2-ayant reçu des services des centres de protection ; 3-ayant connu un placement) avant, pendant et après leur passage en centre de protection de la jeunesse.